Giulio Tarro
(con la partecipazione di Francesco Santoianni)

COVID

IL VIRUS DELLA PAURA

idJob: 1279811

Avvertenze

Già nel dicembre 2019, sia il virus responsabile dell'epidemia in Cina sia il quadro clinico che produceva venivano chiamati sbrigativamente Coronavirus (che indica, la sottofamiglia di virus *Orthocoronavirinae*). L'11 gennaio 2020, l'Organizzazione mondiale della sanità denominava Covid-19 la malattia e, (sostituendo 2019-nCoV, nome provvisorio dato al virus nel dicembre 2019) denominava il virus: SARS-CoV-2. Termine, quest'ultimo, che non ha mai riscosso successo sui media e, quindi, nell'opinione pubblica.

Anche per questo, ed essendo questo libro non su un virus o su una malattia, ma sull'impatto che entrambi hanno avuto con milioni di persone, il termine Covid, utilizzato comunemente per indicare sia il virus, sia il quadro clinico che provoca, è stato messo sia in copertina e sia in alcune parti del testo.

Improponibili per un libro come questo, strettamente legato all'attualità e indirizzato, ad un pubblico non specialistico, una esaustiva bibliografia e note bibliografiche di riferimento.

Pertanto, per un approfondimento di quanto qui pubblicato, rimandiamo al sito: **www.Covid-19-bastapaura.it**

idJob: 1279811

Introduzione

Di epidemie in Italia ne ho viste davvero tante. Il colera a Napoli nel 1973, il "Male oscuro" nel 1978, le innumerevoli epidemie influenzali che congestionavano l'Ospedale per malattie infettive Cotugno, dove ero Primario. E tantissime ne ho viste all'estero, per svolgere consulenze o per motivi di studio. Ho visto panico, disorganizzazione, eroismi, infamie; ho conosciuto scienziati che preparavano armi biologiche e progettavano epidemie; giornalisti e dirigenti di blasonate organizzazioni che, verosimilmente, gonfiavano la minaccia di qualche virus per conto di aziende produttrici di vaccini, ricercatori che, pur di avere il loro momento di gloria, attestavano qualsiasi sciocchezza in TV; politici che minimizzavano il contagio pur di non perdere il loro consenso… Credevo, quindi, di aver di tutto.

Ma mai avrei immaginato di vedere tanta incompetenza, arroganza, superficialità, irresponsabilità, quelle con le quali si è tentato di affrontare il virus del Covid-19. Una emergenza che avrebbe potuto riproporre uno scenario non molto dissimile da quello delle tante

idJob: 1279811

epidemie influenzali che, periodicamente, sferzano anche il nostro Paese e che, invece, per sciagurate scelte, ha comportato, dapprima, un numero elevatissimo di vittime e poi ha lasciato il nostro Paese in ginocchio.

E se questa tragedia si è verificata, grande è la responsabilità di tanti "esperti" che pur di troneggiare in TV non hanno avuto remore (oltre a dichiarare tutto e, il giorno dopo, il suo contrario) ad assecondare dissennate scelte che, se non avessero avuto qualche avallo "scientifico", avrebbero scatenato le piazze.

Questo libro nasce proprio da questo. Dall'amarezza e dalla rabbia nel constatare l'opportunismo di tanti "esperti" che ora, paventando un fantomatico catastrofico ritorno della Covid-19, servilmente, si dichiarano entusiasti delle - vessatorie e inutili - misure che saranno messe in atto, prima tra tutte l'obbligatorietà della già fallimentare vaccinazione antiinfluenzale.

Stessa amarezza e rabbia per tante persone trasformate dal terrore profuso in questa emergenza in ipocondriaci burattini animati dai suddetti "esperti". Un asservimento reso totale da canti patriottici cantati dai balconi contro il "nemico virus". Un fenomeno illuminante sulla vulnerabilità della nostra società agli stravolgimenti della realtà imposti dal Potere e che rimanda ad un evento di cento anni fa.

Può sembrare un paragone azzardato ma, fino alla primavera del 1915, il nostro Paese era non soltanto alleato con l'Impero austroungarico e la Germania ma decisamente convinto a tenersi fuori dal massacro della Prima guerra mondiale cominciato l'anno prima. Nel febbraio del 1915 il Patto di Londra, firmato segretamente dal nostro governo impose l'entrata in guerra contro l'Impero austroungarico e a fianco della

idJob: 1279811

Triplice Intesa. Restava solo un problema: come convincere milioni di cattolici, socialisti, persone comuni… ad accettare una guerra contro la quale si erano espressi e mobilitati.

Cominciò allora una martellante campagna stampa (su fantomatiche atrocità dei militari tedeschi in Belgio) che condotta da quasi tutti i giornali italiani (debitamente foraggiati da Francia e Inghilterra) riuscì a convincere milioni di italiani ad invocare la Guerra.

Uno dei pochi che osò opporsi pubblicamente a questa follia fu Benedetto Croce, subito bollato come "austriacante" e, per questo messo al bando. Con le dovute proporzioni, è quello che oggi sta capitando ai davvero pochi scienziati che hanno osato contestare l'entità dell'epidemia Covid-19 e le strategie messe in atto dal nostro governo.

Fateci caso, la maggior parte di questi "eretici" sono anziani pensionati la cui carriera non dipende dalle prebende del governo e/o di istituzioni quasi sempre al soldo di case farmaceutiche. Pochissimi, invece, sono giovani ricercatori che, marchiati oggi come "negazionisti" temo si siano giocati la carriera.

Ad essi ed al loro coraggio dedico questo libro.

Giulio Tarro

idJob: 1279811

PARTE PRIMA - La paura e la Scienza

Ma perché i media continuano a terrorizzarci? Facciamo un esempio.

Ogni anno, di polmoniti muoiono in Italia circa migliaia di persone, nell'indifferenza pressoché generale. Nel settembre 2018, invece, ci fu il panico. A provocarlo titoli di giornali come: «*Legionella, uomo di 82 anni muore di polmonite dopo aver contratto il batterio. Oltre 200 casi di contagio in Lombardia*», che, cavalcando il "clamoroso scoop" di una persona di 82 anni morta per polmonite, lasciava intendere che la famigerata Legionella (presentata come una condanna a morte) minacciava la vita di 200 ricoverati. Questa "notizia" provocò il riversarsi negli ospedali lombardi di innumerevoli persone - allarmate per i più svariati sintomi e familiari di persone lì ricoverate. Non è stato analizzato se questo anomalo affollamento abbia comportato un aumento in Lombardia delle infezioni ospedaliere; che in Italia, ogni anno, nell'indifferenza generale, si portano via circa 50.000 persone.

Sugli impatti del panico sui reparti di terapia d'urgenza e sulla particolare incidenza delle polmoniti in Lombardia, ritorneremo. Qui solo due parole su infezioni che vengono presentati dai media come una inevitabile condanna a morte. È il caso della famigerata Legionella (*Legionella pneumophila*) che, invece, si è

calcolato abbia infettato, senza provocare alcun sintomo, circa il 30% della popolazione americana. O la famigerata SARS, (*Severe acute respiratory syndrome*): una epidemia virale che nel 2002-2004, partendo dalla Cina si diffuse in 26 nazioni che molti ritengono abbia provocato una ecatombe e che, invece, pur nascendo in una Cina popolata da un miliardo e 400 milioni, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, in tutto il mondo si è portata via soltanto 774 persone.

Ma come fanno le, ormai numerose, terroristiche campagne mediatiche basate su imperscrutabili epidemie ad ottenere il sostegno della "Scienza"? In molti casi, in maniera losca: lo scandalo della campagna allarmistica, verosimilmente orientata dall'OMS, durante la pandemia influenzale del 2009, detta "influenza suina", sulla quale ci soffermeremo, fa testo.

Ci sono, comunque, sistemi più subdoli.

Ad esempio, solitamente, per avere dall'Esperto di Turno la certificazione di una incombente e catastrofica epidemia, la classica domanda che pone il giornalista è: «*Ma lei se la sentirebbe di escludere completamente l'eventualità di una catastrofica epidemia*?». Va da sé che l'Esperto di Turno ci pensa due volte prima di rispondere con un inequivocabile "*Sì. Lo escludo*". Intanto, (soprattutto se è un ricercatore in carriera) perché rischia di precludersi un qualche finanziamento alle proprie ricerche che potrebbe scaturire proprio dal generale allarmismo. E poi, meglio tenerseli buoni i media che possono garantirgli una visibilità. L'Esperto di Turno, allora, si rifugerà nel vago, con dichiarazioni che non escludono nulla (se è un virologo, accennerà alla possibile mutazione del virus) e che, nei casi peggiori,

idJob: 1279811

sono tradotti in titoli quali «*L'Esperto Tal dei Tali: niente panico, ma potrebbe essere una catastrofe*.» Il tutto, ovviamente, incorniciato da immagini dell'epidemia "Spagnola" del 1918 o della peste del 1347.

Si, ma perché tante campagne allarmistiche? In alcuni casi, queste parrebbero finalizzate al business di aziende produttrici di farmaci e vaccini; in altri casi, le motivazioni potrebbero essere altre. C'è chi, ad esempio, le legge alla luce dello schema problema-reazione-soluzione: inventare o ingigantire un problema chiedendo collaborazione alla popolazione. E questo per creare un asservimento psicologico e quindi politico. Così la gente da' carta bianca a scienziati, governanti, militari, forze dell'ordine e finisce per accettare con gratitudine misure che il Potere aveva pianificato da tempo per tutti altri scopi. E così, alla fine dell'"emergenza", la gente finirà per ringraziare le autorità per il solo fatto di essere ancora viva.

Queste considerazioni non sono recenti, essendo state fatte a ridosso di quella che è stata considerata la prova generale della strategia della paura che sta costellando l'attuale secolo: la psicosi del "Virus del Millennio". Virus non biologico ma informatico che, allo scoccare della mezzanotte del 31 dicembre 1999 avrebbe dovuto bloccare i computer di mezzo mondo trascinando nel medioevo l'umanità.

Ovviamente, non pochi onesti esperti in informatica avevano fatto notare che questa minaccia era inesistente in quanto solo qualche vecchio computer, che certamente non serviva reti nazionali, avrebbe potuto disattivarsi a seguito del Millennium Bug. Ma questo

idJob: 1279811

non impedì a Tony Blair, allora Primo ministro in Gran Bretagna, di andare in TV e chiedere, drammaticamente, ai propri connazionali di fare incetta di generi di prima necessità per prepararsi al dopo Millennium Bug. Tony Blair che "scongiurato il pericolo Millennium Bug", (attestato da "esperti" disposti a attestare qualsiasi cosa) riuscì ad ammantarsi del ruolo di salvatore della patria e garantirsi, così, altri sette anni da Primo ministro.

Tornando al rischio biologico, l'elenco di catastrofiche epidemie presentate, negli ultimi decenni, come imminenti dai media sarebbe lunghissimo; scegliamone quindi una a caso: la Mucca Pazza; una psicosi di massa basata sulla leggenda di una catastrofica e dilagante trasmissione, tramite il consumo di carne bovine, della Encefalopatia spongiforme bovina (o BSE) all'uomo dove si sarebbe trasformata nel morbo di Creutzfeldt-Jakob.

Una psicosi imposta, in Italia, nel 2001 con titoli quali: «*In Inghilterra sono morte per la mucca pazza 160.000 bovini*» che lasciava immaginare sterminate mandrie di mucche in preda a convulsioni e tremori (tipiche della BSE) che si trasformano in rantoli e quindi nella morte. E che, invece, indicava la campagna profilattica condotta dalle autorità inglesi le quali avevano fatto abbattere innumerevoli bovini apparentemente sani.

Il morbo di Creutzfeldt-Jakob (prende il nome dai due medici che la scoprirono nel 1921) è una, ancora oggi rara, malattia neurodegenerativa, che produce nell'uomo uno stato di demenza, ad esito mortale. Nei tessuti cerebrali dei pazienti colpiti le autopsie rivelano un aspetto spongiforme, lo stesso che si evidenzia nei

idJob: 1279811

bovini colpiti da BSE (un morbo, scoperto nel 1985, che si manifesta con sintomi simili a quelli del morbo di Creutzfeldt-Jakob nell'uomo). Ad attestare la, pur rara, possibilità della trasmissibilità del morbo uno studio di Daniel Gajdusek, premio Nobel per la Medicina 1976, (e già mio carissimo amico) basato sulle abitudini dei Fore, una tribù in Nuova Guinea dove l'incidenza del kuru (una sintomatologia molto simile a quella prodotta dal morbo di Creutzfeldt-Jakob) sarebbe stata alta per via dell'abitudine dei Fore di mangiarsi il cervello dei defunti. Ma cosa avrebbe veicolato il passaggio della BSE dai bovini all'uomo e, quindi la sua trasformazione in morbo di Creutzfeldt-Jakob? Questo passaggio era escluso dalla Scienza; fino a quando il Prione (non un virus o un microrganismo ma una glicoproteina, scoperta da Stanley B. Prusiner) moltiplicatosi nelle farine animali date in pasto ai bovini di allevamento fu additato come l'agente del passaggio della BSE all'uomo.

Non è possibile qui, per ragioni di spazio, soffermarsi sulla pur intrigante ipotesi che i prioni siano agenti della trasmissione della BSE all'uomo o se questi siano entità ubiquitarie che, al pari di tanti virus, popolano gli organismi viventi senza provocare alcunché. Limitiamoci, quindi, ad accennare a come la storia della Mucca Pazza è stata esposta dai media.

Intanto, presentando le sofferenze alle quali sono costretti gli animali in allevamenti intensivi, si facevano scattare sensi di colpa nel pubblico che finiva per leggere nella Mucca Pazza una sorta di "risposta della Natura" che si vendicava per l'imposizione ai bovini di farine animali e quindi di cannibalismo. In realtà le farine animali (prodotte con le parti non vendibili delle carcasse degli animali di allevamento), inventate dal

idJob: 1279811

barone Justus von Liebig (si, proprio quello dei dadi da brodo) sono in uso già dal 1865 e non si capisce il perché solo dopo tanto tempo avrebbero dovuto minacciare il dilagare del morbo di morbo di Creutzfeldt-Jakob, che resta (anche nella sua variante scoperta nel 1995) una malattia rarissima: dal 1996 al 2014, 225 casi accertati in tutto il mondo).

Ma l'aspetto più devastante della psicosi della Mucca Pazza lo si è avuto nell'angoscia che ha saputo trasmettere a milioni di persone. A tal proposito, non riesco a dimenticare l'intervista all'Esperto di Turno in una popolarissima trasmissione RAI del 2001: «*Professore, abbiamo appena ricevuto la preoccupata telefonata di una nostra ascoltatrice, ora vegetariana ma fino al 1979 grande consumatrice di hamburger*.» «*Ma, io direi di…*» «*Professore, ma lei può escludere per questa nostra ascoltatrice il calvario del morbo di Creutzfeldt-Jakob*?» ….. Il tutto, ovviamente, mentre andava in onda un bovino intontito che si dimenava in un prato e una anziana donna, pure lei intontita, assistita da familiari disperati.

Da quel momento in poi, in Italia, l'allarme Mucca Pazza si trasforma in una psicosi collettiva. Già, su pressioni di genitori terrorizzati, la carne (contrario il ministro della Sanità, d'accordo quello alle Politiche comunitarie) era stata ritirata dalle mense scolastiche ma ben presto - con "esperti" in TV che (come l'epidemiologo Neil Ferguson del quale ci occuperemo) stimavano in 150.000 le persone che sarebbero morte per la Mucca Pazza e altri che annunciavano che oltre che per la bistecca e hamburger, la condanna a morte sarebbe toccata anche per coloro che avevano utilizzato gelatine, dadi per brodo, grassi per pasticceria… il delirio divenne

totale. Anche perché c'era in TV pure l'"esperto" che elencava i primi sintomi del morbo di Creutzfeldt-Jakob: ansia generalizzata, confusione mentale e insonnia.

Perché la psicosi della Mucca Pazza?

Verosimilmente per l'irresponsabilità dei media (sempre alla ricerca di notizie ansiogene per raccattare audience) e la ritrosia di non pochi scienziati che non vollero scendere in campo per sfidare l'andazzo generale; altre ipotesi suggeriscono, invece, una guerra economica per colpire la zootecnia britannica. Sono molto più circostanziate, invece, le accuse che spiegano un'altra psicosi di massa, il bioterrorismo.

Nel 2001 il mondo fu in allarme per la disseminazione negli USA di lettere contenenti spore di antrace: una oscura faccenda per la quale fu incolpato un biologo che lavorava per il Pentagono, Bruce Edwards Ivins, (suicidatosi con modalità davvero sospette poco prima dell'arresto) e che, secondo alcuni commentatori fu inscenata per fare accettare dall'opinione pubblica una nuova guerra all'Iraq.

Comunque sia, questo allarme ha dato la stura a esercitazioni di difesa civile (come, EURATOX 2002 dell'Unione Europea) e alla vaccinazione antivaiolosa del 2012 obbligatoria negli USA per alcune categorie.

Ho avuto modo di imbattermi nel bioterrorismo nel lontano 1973, il primo giorno del mio incarico al Frederick Cancer Research Center, quando, con mia sorpresa, due militari bussarono alla porta di casa per scortarmi in jeep fino al laboratorio, ubicato a Fort Detrick, dove lavoravo. Lungo la strada e davanti l'ingresso di Fort Detrick, gruppi di dimostranti agitavano cartelli e urlavano slogan. Si era, allora, in

idJob: 1279811

piena mobilitazione contro la guerra in Vietnam e non era raro imbattersi in scene come quelle; non capivo, comunque il perché di quella manifestazione davanti ad una struttura di ricerca sul cancro, quale era Fort Detrick.

In verità, come venni a sapere, quella struttura aveva ospitato dal secondo dopoguerra, gli Army Biological Warfare Laboratories (ufficialmente, una struttura per la difesa da attacchi batteriologici, in realtà una fabbrica di organismi patogeni da impiegare per scopi militari), fino al 1969, quando a seguito di un decreto del presidente Nixon, era stato ufficialmente destinato ad ospitare solo strutture di ricerca non militari, come il Frederick Cancer Research Center, che occupava solo qualcuno dei ben 500 ettari sui quali si estendevano le strutture di Fort Detrick. Quindi, in qualche altra parte di Fort Detrick si continuavano a progettare e realizzare armi biologiche? A giudicare dai dimostranti davanti ai cancelli, si sarebbe detto di si.

Ebbi modo di rioccuparmi della questione armi biologiche molti anni più tardi, nel 2001 quando, essendo io stato Primario dell'Ospedale Cotugno per le malattie e infettive, fui coinvolto in svariate commissioni che, comunque, a mio parere, partivano da una ipotesi davvero improbabile; e cioè che un attentato biologico realizzato da una qualunque organizzazione terroristica potesse scatenare in Occidente una devastante epidemia.

Intendiamoci, a quanto leggo sul SIPRI (Stockholm International Peace Research Institute) le ricerche sulle armi biologiche non si sono mai fermate nei laboratori militari di numerosi stati ma che questo possa essere affrontato, non con più stringenti convenzioni internazionali ma con, spesso ridicole, esercitazioni o con un generale allarmismo ce ne corre.

idJob: 1279811

Anche perché l'allarmismo si è tradotto nella moltiplicazione in tutto il pianeta di laboratori BSL-4 (o P4), destinati cioè a studiare agenti patogeni di rischio 4 (come l'Ebola, il Lassa, il Congo-Crimea, il Marburg....). Prima dell'11 settembre ne esistevano solo quattro: due in America (Atlanta e Fort Detrick), uno in Siberia (Sverdlovsk)) uno in Inghilterra (Porton). Oggi, grazie all'allarme bioterrorismo, ne esistono più di cinquanta; alcuni ubicati in aree densamente popolate; come, l'ormai famigerato, laboratorio BSL-4 di Wuhan, sul quale ci soffermeremo più avanti.

Intanto, parliamo di virus.

I virus non sono, come molti oggi credono, un nemico giurato da distruggere a tutti i costi. Il virus, infatti per sopravvivere e perpetuarsi ha bisogno di un organismo che resti vivo per poterlo continuare ad ospitare. Così almeno 320.000 diversi virus sono riusciti a parassitare 5.500 specie di mammiferi. In alcuni casi, inoltre, il virus non si limita a sopravvivere e moltiplicarsi nell'organismo ma interagisce nella sua evoluzione come attestato dai molti elementi del nostro DNA creati dai virus. Così, ad esempio, una infezione virale ci ha regalato il gene che regola lo sinciziotrofoblasto, lo strato di cellule della placenta che impedisce il passaggio di sostanze pericolose dalla madre al feto.

Il virus non è altro che una sostanza chimica costituita da un acido nucleico e alcune molecole di proteine. La sua forza sta nella sua capacità di asservire l'organismo (un essere umano, un animale, una pianta…), nel quale si insedia installando in una delle tante cellule il suo acido nucleico. Da quel momento la

idJob: 1279811

cellula si trasforma in una fabbrica di virus i quali moltiplicandosi a dismisura vanno ad attaccare un'altra cellula. O un altro organismo, viaggiando, come per il virus che provoca il raffreddore, attraverso le *Flügge droplet*; espulse con la tosse o gli starnuti. Caratteristica di molti virus è la mutabilità che permette a questi di passare dall'animale all'uomo; come è per i virus appartenenti alla famiglia *Orthomyxoviridae* che causano le epidemie influenzali.

Con il temine influenza vengono indicate epidemie che, da tempo immemorabile, nascono prevalentemente in Cina ed Estremo Oriente (dove allevamenti promiscui di animali, principalmente maiali e anatre, fungono da serbatoio dell'infezione) e veicolati da uccelli migratori, si diffondono ogni anno in tutto il mondo. Alcune di queste hanno determinato gravi conseguenze come l'"Influenza asiatica" del 1957-58, causata da un virus del sotto-tipo A/H2N2 che colpì circa il 20% della popolazione mondiale, portandosi via circa due milioni di persone. Nonostante ciò, oggi, il termine influenza è generalmente ritenuto sinonimo di una banale infezione da affrontare con qualche giornata a letto.

Ma quante sono le persone che, ogni anno in Italia, uccide questa "banale infezione"? Prima di rispondere è necessaria una precisazione. Mediamente, in Italia muoiono ogni anno 600 mila persone. Le cause della mortalità sono indicate dall'ISTAT che segnala per "polmonite e influenza": mediamente 9.000 morti all'anno. Ovviamente, non tutte le polmoniti dipendono dall'influenza, anche se generalmente, le influenze ad esito infausto sono caratterizzate proprio da polmoniti. Ci soccorre a tal riguardo l'Istituto superiore di Sanità

idJob: 1279811

che, a tal riguardo, così afferma: «…*Per questo motivo diversi studi pubblicati utilizzano differenti metodi statistici per la stima della mortalità per influenza e per le sue complicanze. È grazie a queste metodologie che si arriva ad attribuire mediamente 8000 decessi per influenza e le sue complicanze ogni anno in Italia.»*

Giustamente, l'Istituto superiore di Sanità parla di "influenza e sue complicanze", non già di sola influenza. Se, infatti, si volessero conteggiare solo le morti in soggetti infettati dal virus dell'influenza ma non stremati da patologie pregresse o dalle ingiurie della vecchiaia, si avrebbero avute cifre molto più contenute. Questa della morte "per" o della morte "con" una determinata infezione non è una questione marginale in quanto proprio la pretesa di manipolarla è stata una delle cause che ha trasformato in una ecatombe l'emergenza Covid-19 in Italia.

Ma accenniamo ora ad alcuni aspetti del Covid-19. Aspetti che avrebbero potuto essere noti subito se tutti i paesi avessero immediatamente condiviso tutti i risultati delle ricerche che stavano effettuando. Illuminante, a tal proposito la dichiarazione di Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'OMS «*Abbiamo ricevuto report completi sui 176 pazienti colpiti da coronavirus al di fuori della CINA solo per il 38% dei casi e anche alcuni Paesi ad alto reddito sono rimasti indietro nella condivisione dei dati. Scriverò ai ministri della Salute affinché venga migliorato questo aspetto, perché solo con la solidarietà globale si potrà combattere questa epidemia, e mettere a disposizione i dati è la via principale*». Dichiarazione del 4 febbraio: quando già troneggiavano in TV le immagini

dell'epidemia in Cina, e di quello che verosimilmente avrebbe potuto riproporsi nel resto del pianeta.

Ma da cosa nasceva questa carenza di "solidarietà globale"? Verosimilmente perché tenersi stretti i dati clinici e genetici sul Covid-19 – a differenza di quello che faceva la Cina – avrebbe permesso alle case farmaceutiche occidentali di battere la concorrenza lanciando subito sul mercato qualche vaccino.

Meglio tenerle a mente queste cose ora che numerosi paesi, verosimilmente per distrarre l'opinione pubblica, stanno mettendo sotto accusa la Cina per aver "nascosto i dati dell'epidemia".

Il SARS-CoV- 2, comunque, si rivelava essere un virus RNA a singola elica, avente un genoma al 96% uguale a quello di un Coronavirus che infetta i pipistrelli e caratterizzato da una elevata capacità di contagio e da un molto basso tasso di letalità (e cioè quante persone uccide su quelle che infetta). Quest'ultimo punto divenne subito oggetto di feroci polemiche dipendendo il tasso di letalità, oltre che dalla efficacia delle terapie, dalla stima dei contagiati, dato non facile da valutare.

Chi scrive, ad esempio, al pari di altri virologi, ritenendo valido punto di riferimento numerosi studi (come quello condotto dal National Institute of Allergy and Infectious Diseases statunitense, sulla base di un rapporto incentrato su 1099 pazienti con COVID-19 confermato in laboratorio provenienti da 552 ospedali cinesi) riteneva già ai primi di marzo il tasso di letalità notevolmente inferiore all'1% (sostanzialmente, quello di una severa influenza stagionale come quella del 1957 o del 1968).

Uno scandalo per i media italiani, ipnotizzati da

idJob: 1279811

quello che veniva comunicato ogni giorno dalla Protezione civile (ma su questo punto ci torniamo), che difatti subito si lanciarono in una diffamatoria campagna contro i cosiddetti "negazionisti".

Intanto, un'altra caratteristica del SARS-CoV-2 cominciava a tenere banco sui media: il suo essere "sconosciuto alla comunità scientifica", quasi si trattasse, non già di uno dei milioni di ceppi di virus esistenti in natura che, ovviamente, non è possibile studiare tutti, ma una diabolica entità nata dal nulla, una sorta di maledizione biblica davanti alla quale prostrarsi per il resto dei nostri giorni. Corollario di questa bizzarra lettura del SARS-CoV-2 i suoi mutamenti che, *ça va sans dire,* avrebbero trasformato la ovvia esigenza di "convivere con il virus" in un calvario senza fine costellato da "misure profilattiche" quali: confinamento per gli ultrasessantenni; ingresso in concerti o stadi concesso solo a vaccinati; estati con, pur roventi, spiagge dotate di ombrelloni con lastre di plexiglass; mascherine obbligatorie per l'eternità…

In realtà, tutti i virus sono caratterizzati da mutamenti. Quelli influenzali, della famiglia *Orthomixoviridae*, ad esempio, variando le proteine di superficie riescono ad aggirare la barriera costituita dalla immunità presente nella popolazione che in passato ha subito l'infezione influenzale. Così, ad esempio, il virus influenzale del 2019 è riuscito ad infettare otto milioni di italiani. Analoghi mutamenti nei Coronavirus: identificati a metà degli anni '60 e considerati per decenni solo agenti dell'innocuo raffreddore, da essi è nata nel 2002 l'epidemia SARS, nel 2012 la MERS (*Middle East respiratory syndrome*) e nel 2019 la Covid-19.

idJob: 1279811

Mostruose trasformazioni, stazioni di un calvario lungo il quale si incammina il genere umano? Assolutamente no. Soltanto alcune tra le innumerevoli epidemie che, da sempre, si verificano sul nostro pianeta. Epidemie che ora è possibile intercettare prima che scompaiano repentinamente (come è stato, ad esempio, per la SARS che ha potuto contagiare solo 8.000 persone). Epidemie per le quali sarebbe opportuno tenere sempre disponibili strutture di emergenza (come, ad esempio dispositivi di protezione individuale o posti letto di medicina intensiva) che, invece i dissennati tagli alla Sanità operati negli ultimi decenni, soprattutto in Italia, hanno quasi cancellato.

La storia del Covid-19 comincia ufficialmente il 31 dicembre 2019 quando le autorità cinesi riferivano che nella città di Wuhan (provincia di Hubei, Cina centro-orientale) si era sviluppato un focolaio epidemico di casi di polmonite atipica a eziologia non nota ma probabilmente ascrivibili alla frequentazione del mercato all'ingrosso del pesce di Wuhan, dove erano in vendita anche animali selvatici di specie disparate, utilizzati a scopo alimentare. Il 9 gennaio 2020 le autorità cinesi comunicavano di aver identificato l'agente dell'infezione: un coronavirus, fino ad allora non studiato, denominato in via provvisoria 2019-nCoV, poi, l'11 febbraio 2020, chiamato SARSCoV-2 dall'International Committee on Taxonomy of Viruses, oggi universalmente denominato Covid.

Le analisi del virus evidenziavano come questo condividesse (oltre allo stesso recettore di ingresso delle cellule, l'ACE2.7) per il 79,5% la sequenza genica del coronavirus della SARS e per il 96,2% quella di un

idJob: 1279811

coronavirus dei pipistrelli. Le sue modalità di trasmissione interumana risultavano essere, soprattutto, le secrezioni delle vie aeree superiori, veicolate da tosse e/o starnuti, i contatti diretti ravvicinati e le mani contaminate che toccano poi le mucose di bocca, naso e occhi.

La similitudine con il virus della SARS (che aveva un tasso di letalità molto elevato) lasciava presagire il peggio ma i primi test con tamponi effettuati in Cina ai primi di gennaio delinearono un quadro meno preoccupante. Anche perché – a differenza d virus come quello della "Spagnola", determinava effetti gravi prevalentemente in persone molto anziane, perlopiù già affette da gravi patologie.

Inoltre, il 70-80 % delle persone positive al tampone risultavano asintomatiche o registravano sintomi lievissimi (tra i quali diminuzione dell'olfatto e del gusto) che, ben presto scomparivano. In altri pazienti, si registravano sintomi quali: temperatura elevata, tosse (generalmente secca), malessere, respirazione alterata, mal di gola, cefalea, mialgie. Dopo circa una settimana potevano insorgere complicanze quali iper/ipotensione arteriosa, diabete mellito, compromissione neurologica, insufficienza renale, ischemia del miocardio e soprattutto la ARDS (Sindrome da distress respiratorio acuto) una grave forma di polmonite interstiziale che portava alla morte se non si interveniva subito, in un reparto di terapia intensiva, intubando il paziente con un ventilatore polmonare.

Il concentrarsi sui problemi respiratori e le poche autopsie, (che furono, addirittura, sconsigliate con la Circolare n. 15280 del 2 maggio 2020 del Ministero della salute) comunque rese arduo constatare che, più che per

idJob: 1279811

problemi respiratori, il Covid-19 determinava micro trombi che impedivano al sangue di ossigenarsi. Col senno di poi, si può affermare che, per salvare il paziente, invece di intubarlo si sarebbe dovuto intervenire prioritariamente per scongiurare una coaugulopatia che va sotto il nome di coagulazione intravasale disseminata o DIC, ad esempio, attraverso la somministrazione di Eparina, un farmaco che essendo scaduti i suoi brevetti, viene venduto a pochi euro.

A tal riguardo, una breve digressione. Per scrivere questo libro mi è capitato di consultare come una scoperta scientifica inerente il Covid-19 veniva presentata da blasonati quotidiani. Mentre ogni annuncio di un imminente vaccino si conquistava spazi spropositati, ben altra sorte toccava a farmaci come l'Eparina che oggi – dopo i suoi innegabili successi - viene consigliata dall'AIFA (Azienda Italiana per il Farmaco) per il trattamento dei pazienti Covid-19 colpiti da coagulazione intravascolare disseminata. Eparina che, dapprima, sui suddetti media, veniva quasi presentato come un pericoloso intruglio dalla quale stare alla larga.

Stessa sorte per un farmaco – rivelatosi anch'esso molto valido e ora consigliato dall'AIFA – la idrossiclorochina. Per promuovere la quale, Didier Raoult, visto il sospetto disinteresse, anzi ostracismo da parte dei media, pur essendo uno dei più autorevoli virologi francesi, è dovuto andare addirittura su Youtube.

Ma la campagna di diffamazione subita dall'autorevole virologo Didier Raoult, definito addirittura un "ciarlatano" sui giornali (forse per la sua

idJob: 1279811

"colpa" di promuovere contro il COVID-19 la idrossiclorochina, un farmaco che costa pochi euro) è niente di fronte a quella condotta contro questo farmaco che, nonostante i suoi successi, viene ancora oggi presentata dai media come un pericoloso intruglio, capace di scatenare chissà quali spaventosi problemi cardiaci. Una campagna che si direbbe abbia avuto successo come dimostrato dalla sospensione dei test su questo farmaco deciso dall'OMS.

Intendiamoci, la idrossiclorochina è un farmaco; e, come per tutti i farmaci, la sua assunzione comporta, oltre che benefici, dei rischi. Va detto comunque che la clorochina (oggi diventata idrossiclorochina, per ridurre drasticamente l'effetto collaterale di accumulo e retinopatia) in cinque anni, dal 1900 al 1905, somministrata a milioni di Italiani, ha ridotto drasticamente la mortalità per malaria nel nostro Paese e oggi viene regolarmente assunta in Italia da 65mila pazienti affetti da artrite reumatoide senza significative segnalazioni in farmacovigilanza di danni cardiaci.

Ma la cosa davvero incredibile è che, come faceva notare il caro collega Antonio Marfella, i nominativi di tutti questi pazienti, con il codice di esenzione ICD9 714 per artrite reumatoide, sono inseriti nella banca dati dell'Istituto superiore della Sanità. Sarebbe bastato, quindi, un semplice controllo incrociato con la banca dati degli infettati, sottoposti a tampone per avere un immediato riscontro dell'efficacia dell'idrossiclorochina nella profilassi del COVID-19. Non trovando alcuna notizia su riviste scientifiche e sui giornali, ho attivato i miei canali per sapere se questo elementare e importantissimo riscontro è stato fatto. Al momento, si direbbe di no.

idJob: 1279811

Un altro medico costretto a darsi da fare, dapprima solo su internet, poi sui media - visto il, davvero sospetto, disinteresse dei media e delle autorità sanitarie per un'altra economica terapia rivelatasi efficace – è stato Giuseppe De Donno, primario del reparto di pneumologia dell'ospedale Carlo Poma di Mantova che, primo in Italia, insieme ai colleghi dell'ospedale San Matteo di Pavia, ha utilizzato contro il COVID-19 la sieroterapia, e cioè trasfusioni di plasma dove sono presenti anticorpi formatisi dopo la battaglia vinta contro il virus. Una terapia che, nonostante fosse stata suggerita dalle autorità cinesi (la delegazione cinese giunta in Italia il 12 marzo aveva consegnato buste di questo plasma alle autorità italiane, che si direbbe non sapevano cosa farsene) sarebbe rimasta sconosciuta se non fosse stata subito adottata, - immaginiamo senza aspettare nessuna autorizzazione da Roma – dai medici degli ospedali di Pavia e Mantova. Medici che - nonostante l'indubbia efficacia di questa sieroterapia - non hanno certo avuto in TV o sui giornali il lustro concesso a tanti alfieri del "Vaccino unica Speranza". Nonostante ciò, oggi l'utilizzo di questa sieroterapia (il protocollo prevede la somministrazione di 250 millilitri di plasma) per contrastare il Covid-19 è utilizzata in numerosi ospedali italiani.

Resta l'enigma del perché farmaci senza brevetto (costano pochi euro) come la idrossiclorochina o l'Eparina, o semplici terapie, come la sieroterapia abbiano, dovuto subire tanto ostracismo. Se fossimo malpensanti, potremmo pensare perché il loro irrompere rischia di inficiare i guadagni delle aziende farmaceutiche o il successo del (se mai arriverà) vaccino contro il Covid-19.

idJob: 1279811

Prima di addentraci sulla tragedia Covid-19 in Italia, alcune considerazioni sulla gestione delle epidemie e le misure profilattiche per minimizzarne l'impatto.

Cosa la comunità debba fare in caso di epidemia è una questione che si trascina da migliaia di anni, basti pensare alle considerazioni di Tucidide sul Morbo di Atene del 430 a.C. o le magistrali osservazioni del Manzoni sulle *grida* con le quali si sarebbe dovuta affrontare la peste a Milano nel 1630.

Per molto tempo ci si illuse che anche epidemie che si diffondono rapidamente, come quelle per via aerea, potessero essere arrestate attraverso il mero isolamento degli infettati e l'imposizione di cordoni sanitari di aree dove il morbo si riteneva sorto. Col passare dei secoli, comunque, anche perché il contagio, solitamente, già dilagava al momento dell'allarme, ci si rese conto che la strategia non doveva essere quella di pretendere di arrestare l'incedere dell'infezione ma di rallentarlo per spalmare il cosiddetto picco epidemico (e cioè il numero massimo di contagiati che, contemporaneamente, necessitano di un immediato ricovero) in un periodo più lungo possibile; e ciò per evitare il collasso del sistema sanitario conseguente all'insostenibile numero elevato di contemporanei ricoveri.

Il problema di questa strategia è che essa deve essere messa in atto prima che il contagio cominci a provocare vittime, prima cioè che la popolazione vada in fibrillazione. È una situazione molto delicata che necessita di una informazione responsabile e, soprattutto di un rapporto di fiducia tra autorità e popolazione alla quale si chiede di attuare semplici misure profilattiche.

idJob: 1279811

Il Covid-19, come la stragrande maggioranza dei virus, si rivelava essere molto vulnerabile, oltre che a disinfettanti quali alcool o candeggina, anche all'ambiente esterno che, ben presto, essiccava la sua superfice distruggendolo. Questo – già il 31 dicembre 2019, quando la Cina annunciava l'inizio dell'epidemia o, almeno, il 30 gennaio 2020, quando l'Organizzazione mondiale della sanità dichiarava lo Stato di Emergenza internazionale di salute pubblica - avrebbe dovuto consigliare l'imposizione in Italia (paese che ha stretti rapporti con la Cina) di elementari misure di sanità pubblica; prime tra tutte, il rispetto di distanze di bio-sicurezza e l'obbligatorietà delle mascherine. Soffermiamoci su queste misure.

L'Organizzazione mondiale della sanità calcola in un metro la distanza oltre la quale è quasi impossibile essere contagiati da un infettato da Covid-19 (ovviamente, se questo non starnutisce verso la vostra faccia). A calcolare questa distanza hanno concorso studi cominciati nel 1897 dal batteriologo tedesco Carl Flügge (scopritore delle famose "goccioline" che portano il suo nome e all'interno delle quali il virus viaggia); studi approfonditi (per venti anni!) da William F. Wells - che analizzò la differenza tra goccioline "grandi" (che si depositano sulle superfici prima di evaporare) e "piccole"(che evaporano prima di depositarsi) - e continuati da innumerevoli altri ricercatori che, dopo aver analizzato svariati fattori (caratteristiche dell'agente patogeno, umidità, illuminazione, correnti d'aria…) hanno permesso oggi di stabilire questa distanza di bio-sicurezza. Nonostante ciò, trovano lustro sui media insensate ricerche che attesterebbero distanze

idJob: 1279811

di bio-sicurezza davvero sbalorditive (addirittura, 30 metri) mentre le stesse ordinanze che dovrebbero regolare l'emergenza Covid-19 si direbbero ignorare bellamente la questione arrivando ad imporre, per gli ombrelloni aperti in una spiaggia rovente per il sole d'estate, la distanza di ben quattro metri e mezzo; distanza suggerita da chissà quale prestigiosa task force governativa.

A rafforzare la sicurezza, già garantita dalla distanza di bio-sicurezza concorre la cosiddetta mascherina, raccomandata dall'Organizzazione mondiale della sanità solo alle persone già infette in quanto il pur poroso strato di tessuto che costituisce la mascherina rallenta la fuoriuscita delle goccioline di saliva (*Flügge droplet*) emesse con il respiro (o lo starnuto o la tosse) che, quindi, ricadono più vicino. Questo tipo di mascherina (a differenza di Dispositivi facciali filtranti - come gli FFP2 o FFP3, con o senza valvola di esalazione - destinati al personale sanitario costretto ad operare a stretto contatto con infettati da Covid-19) sono abbastanza semplici dovendo sostanzialmente rallentare la fuoriuscita delle esalazioni.

So' che quello che sto per dire è una eresia per molti, ma credo che, già a gennaio, quando queste mascherine erano introvabili sul mercato internazionale, nessuno si sarebbe scandalizzato più di tanto, se le autorità italiane, magari facendo ammenda della loro impreparazione, avessero consigliato agli Italiani di indossare mascherine realizzate artigianalmente (che, al pari di una sciarpa, garantiscono una riduzione fino al 25% della capacità di contagio dell'aria umida espirata) per favorire il rallentamento di un contagio ormai in atto. Ma questa

idJob: 1279811

disposizione, a differenza di quanto veniva fatto in molti altri paesi non fu data. Anzi le poche mascherine, che previdenti persone erano fortuitamente riuscite ad acquistare via web, dovevano assolutamente avere il marchio CEE; e in TV era tutto un viavai di reparti NAS dei Carabinieri che sequestravano mascherine senza questo marchio.

Oggi che le mascherine si trovano - e sono, quindi, obbligatorie l'Istituto superiore della Sanità, permette l'uso di mascherine realizzate anche a casa.

Mascherine, comunque siano realizzate, inutili, considerato che non c'è più nessun contagio da rallentare o da fermare. Mascherine dannose, considerato che, con il caldo, sono diventate un mero ricettacolo di microorganismi. Mascherine che si ha l'incoscienza di imporre anche a bambini superiori ai sei anni, già stremati da due mesi di lockdown; e che, se provano a correre in un parco indossando la mascherina, con l'anidride carbonica che hanno inalato, stramazzano dopo pochi metri. Mascherine che si direbbe servano solo ad attestare un supino asservimento al Potere.

Ma occupiamoci delle strategie che solitamente vengono messe in atto durante le epidemie.

Oltre a quella del rallentamento del contagio, ne esistono altre. In alcuni paesi - come Gran Bretagna, Israele, Svezia… - per il Covid-19 ci si è orientati verso la protezione di fasce di popolazione ritenute particolarmente a rischio quali gli anziani (ai quali vengono forniti tutta una serie di servizi come consegna a domicilio delle pensioni, della spesa, possibilità di essere ospitati in appartamenti diversi da quelle che essi condividono con i familiari…) permettendo

idJob: 1279811

contemporaneamente – tramite l'imposizione di davvero blande misure profilattiche - al contagio di diffondersi nel resto della popolazione nella speranza che questo crei un "effetto gregge" e cioè la creazione di talmente tante persone diventate immuni dopo l'infezione, da far spegnere progressivamente l'epidemia.

Queste strategie vengono decise sulla base di modelli matematici basati su dati come il numero dei contagiati, dei guariti diventati immuni, degli asintomatici che possono trasmettere l'infezione… identificati tramite test anticorpali. Questo, da subito, in Italia, avrebbe richiesto una indagine nazionale per decidere le strategie da attuare. Così non è stato anche per la scomparsa del Centro nazionale di epidemiologia e sorveglianza dell'Iss, (sciolto nel 2016) e per la pretesa delle Regioni (con la Legge costituzionale n. 3 del 2001 diventate sovrane titolari del settore Sanità) che, autarchicamente e senza nessuno standard nazionale da rispettare, hanno condotto le loro indagini con tamponi disseminati prevalentemente su soggetti ritenuti a rischio (che, cioè, manifestavano già i sintomi dell'infezione o che dichiaravano di aver avuto contatti con persone infette). Alimentando così la, purtroppo, già diffusa credenza che l'emergenza si sarebbe risolta trascinando gli infettati in qualche lazzaretto.

Come è ormai noto, l'emergenza Covid-19 è stata caratterizzata, sin dall'inizio, dall'utilizzo di un tampone (una sorta di bastoncino cotonato tipo *Cotton fioc*, per intenderci) sfregato sul fondo della cavità orale per raccogliere tracce di RNA presenti nel virus. Il responso del test – contagiato o non contagiato dal virus - ottenibile in poche ore è stato da subito considerato

idJob: 1279811

molto attendibile. Molto meno (come da un, pur contestato, comunicato del Comitato tecnico scientifico della Protezione civile del 18 marzo) i responsi dei test anticorpali, basati, per lo più, sull'analisi di una gocciolina di sangue fatta spillare da un dito.

Anche per questo, mentre già alla fine di febbraio, in molte nazioni partivano capillari e ripetute campagne diagnostiche basate su test anticorpali, che, identificando tutta una serie di parametri permettevano di calibrare le strategie da attuare per fronteggiare l'epidemia, in Italia la saga dei tamponi disseminati dalle Regioni delineava una davvero sospetta situazione nel Mezzogiorno, dove il basso numero di contagiati (attestato da un numero di tamponi molto più basso di quelli disseminati nelle regioni settentrionali) faceva illudere che l'epidemia in Italia, misteriosamente, riguardasse solo il Nord e non già aree densamente popolate come, ad esempio l'area costiera campana o la stessa città di Roma.

In realtà, in Italia, il numero di contagiati da Covid-19 (un virus molto contagioso e che non determina alcun sintomo nella stragrande maggioranza dei casi) è stato immensamente superiore alle migliaia che (per motivi che illustreremo in seguito) ci venivano mostrati ogni giorno dalla Protezione civile in TV. A tal riguardo, mancando nel nostro Paese serie indagini basate su test anticorpali, bisogna fare riferimento a stime, effettuate da autorevoli ricercatori e istituti di ricerca, basate su alcuni modelli di simulazione del contagio. Tra i più importanti di questi modelli quello realizzato analizzando l'andamento del contagio sulla Diamond Princess.

idJob: 1279811

L'odissea della nave da crociera Diamond Princess, (1100 membri di equipaggio, 27000 passeggeri, per lo più anziani) comincia nel porto di Yokohama il 20 gennaio quando un passeggero sbarcato, che accusava sintomi da Covid-19 fu trovato positivo al tampone determinando la messa in quarantena, durata un mese, di tutta la nave. I passeggeri, negativi al tampone, furono subito chiusi nelle loro cabine, prive di aria condizionata, ricevendo i pasti da personale dotato di adeguati dispositivi.

Nonostante ciò, ben presto, 712 passeggeri risultarono positivi a tampone (10 passeggeri molto anziani moriranno). Già questo permise di valutare la contagiosità del virus. Altri studi, realizzati anche sui membri dell'equipaggio, basati sugli anticorpi hanno permesso di determinare importanti parametri che sono serviti per realizzare modelli di diffusione dell'infezione degli effetti di questa. Questi studi hanno permesso di definire per altri territori un tasso di letalità del Covid-19 molto più ridotto del 3,8 ipotizzato inizialmente dalla Organizzazione mondiale della Sanità. Per l'Italia, ad esempio, già nella seconda metà di febbraio, autorevoli studi stimavano in sei milioni il numero dei contagiati da Covid-19 in Italia.

idJob: 1279811

PARTE SECONDA - L'epidemia

Perché in Italia il tasso ufficiale di letalità del virus SARS-CoV-2 è stato 28 volte più alto di quello della Germania? Perché in Italia i morti per Covid-19 sono stati cinque volte quelli della Cina (1.600.000.000 abitanti)? Perché in Italia la gestione dell'emergenza è stata dominata da una informazione che è servita solo a terrorizzare la popolazione? Ma davvero non c'era altro modo per affrontare questa epidemia?...

Domande come queste cominciano, finalmente, ad affollare la mente di tanta gente fino a ieri instupidita dalla paura. Domande che rischiano, comunque, di svanire davanti alle nuove gravi incombenze dettate dalla crisi economica e sociale determinata, più che dal Covid-19, da una dissennata gestione dell'emergenza. Un motivo in più per soffermarci su alcuni aspetti salienti di questa gestione dell'emergenza.

Chi scrive, pur non essendo stato mai impegnato in questo o quel partito o organizzazione politica, ha sempre cercato – ad esempio, partecipando al Comitato nazionale di Bioetica – di inquadrare quelle che erano considerate mere questioni mediche in un contesto politico. Le epidemie del resto – con le paure che scatenano e le trasformazioni sociali e culturali che

idJob: 1279811

possono determinare - sono eventi, prima ancora che sanitari, squisitamente politici. Pertanto, è opportuno introdurre questa, pur sintetica, ricostruzione dell'emergenza Covid-19 partendo dal contesto internazionale nel quale è nata.

La dissennata gestione dell'emergenza Covid-19 nel nostro Paese, infatti, è nata, oltre che per questioni politiche squisitamente (sulle quali accenneremo), per lo scimmiottamento da parte delle autorità delle iniziative messe in atto dal governo di Pechino.

Secondo alcuni osservatori, queste iniziative scaturirono per rispondere alla ennesima campagna mediatica sul "virus cinese", nata negli USA, per supportare i dazi e le sanzioni alla Cina annunciate da Trump e finalizzati a fermare lo strutturarsi della Nuova Via della Seta. Del resto, in Occidente, le campagne mediatiche su minacce biologiche provenienti dalla Cina non erano una novità. Basti pensare alla SARS del 2002 o alla famigerata H1N1 del 2009, (meglio nota come "influenza suina") sbandierate sui media occidentali come eventi "provocati" da una Cina che non teneva sotto controllo i suoi innumerevoli allevamenti di animali (soprattutto, maiali e anatre).

Solitamente le autorità cinesi rispondevano a queste campagne mediatiche, spesso basate sulla "innata sporcizia dei Cinesi", limitandosi a rinfacciare all'Occidente le sue disgrazie (come l'epidemia influenzale sviluppatasi negli USA nel 2017 che si portò via, in tre mesi, 80.000 americani). Per il Covid-19 la risposta è stata, invece, completamente diversa. Una gigantesca mobilitazione sanitaria fatta davanti alle TV di tutto il mondo (basti pensare ai tre ospedali da 1.000

posti letto costruiti in appena dieci giorni) e, soprattutto, l'imposizione di una quarantena (60 milioni di persone isolate e pienamente assistite) nell'Ubei-Wuhan, principale distretto manifatturiero dove attingono le aziende occidentali.

Un blocco della produzione che, certamente, ha rallentato la prodigiosa crescita del PIL cinese ma che, se continuava, avrebbe scompaginato l'economia dei paesi occidentali. Circostanza questa che, ad esempio, ha indotto, il governo USA e i suoi media a ridimensionare, nel gennaio 2020, "l'allarme Coronavirus" (poi diventato "allarme Covid-19") fino al punto di rifiutare i tamponi diagnostici messi a disposizione dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e a mettere il bavaglio a ricercatori statunitensi che paventavano una catastrofica epidemia Covid-19.

Oggi la Cina da quella gigantesca mobilitazione ne è uscita trionfante ma, purtroppo, le sue straordinarie misure "profilattiche" (in realtà, prevalentemente politiche e mediatiche) hanno finito per legittimare in Occidente la percezione che, il Covid-19 rappresentava una minaccia biologica di estrema gravità. E il Paese che più ne ha fatto le spese è stato il nostro.

L'Italia si è trovata ad affrontare l'emergenza Covid-19 con un governo debole e con il settore Sanità in mano alle Regioni, governate dall'opposizione, soprattutto nel Nord, A peggiorare la gestione dell'emergenza, secondo alcuni osservatori, ci sarebbero stati anche altri fattori. Ad esempio, l'esigenza di una parte del governo di prendere le distanze dalla adesione del precedente governo alla Nuova Via della Seta; circostanza che potrebbe spiegare, all'inizio dell'emergenza, la

idJob: 1279811

decisione (solo italiana) di vietare i voli Italia-Cina, che segue di pochi giorni la altrettanto insensata decisione di permettere ai bambini cinesi, appena tornati dalle loro vacanze in patria, di rientrare senza alcun controllo sanitario nelle loro classi.

Secondo il parere di alcuni osservatori, inoltre, a fare precipitare la situazione in Italia ci sarebbe stata l'esigenza, da parte di forze politiche e imprenditoriali, di enfatizzare la minaccia rappresentata dal Covid-19 per suggerire che senza gli aiuti dell'Unione Europea il nostro Paese non avrebbe potuto farcela. Bisognava, quindi affrettarsi a firmare il nuovo Trattato MES (l'Italia era stato l'unico paese dell'Eurogruppo a non firmarlo) nonostante che nessuna delle proposte di modifica avanzate a dicembre dal governo italiano fosse stata accettata dall'Unione Europea.

A proposito della enfatizzazione della minaccia Covid-19, è necessaria una precisazione. Chi scrive non ritiene che dietro la gestione dell'emergenza e, in particolare dietro la campagna ansiogena condotta dai media italiani (in particolare dalla RAI, azienda di Servizio pubblico) ci sia stata una qualche tenebrosa regia o un complotto. Come già detto, in alcuni casi, le epidemie sono servite a governi o aziende farmaceutiche, assoldate agenzie di stampa, a enfatizzare la minaccia; ma quello che si è verificato nell'informazione Covid-19 in Italia verosimilmente ha altre spiegazioni. E cioè l'incapacità da parte di un governo, debole e dilaniato da contraddittorie esigenze, di imbrigliare quella che si direbbe essere la principale esigenza degli attuali operatori dell'informazione e cioè arraffare audience. E visto che questo può essere garantito, con minimo sforzo, dalla paura, è stata questa

idJob: 1279811

a dettare tutta l'informazione in Italia; una situazione che ha emarginato progressivamente dichiarazioni "tranquillizzanti", espresse da pur autorevoli ricercatori e dato uno spazio spropositato a personaggi che con le loro allarmistiche dichiarazioni si direbbero essere stati motivati solo dalla ricerca di notorietà, trascinando così nel panico l'intera popolazione.

Questo ha prodotto una situazione simile, anche se molto più grave, a quelle di tante altre psicosi di massa (alcune delle quali già precedentemente illustrate) e cioè la percezione di quello che sta accadendo viene determinata solo dall'osservazione del comportamento degli altri. Un Gioco di Specchi oggi enormemente amplificato dai media interessati, come già detto, a raccattare audience attraverso la paura. A tal riguardo, per comprendere l'involuzione conosciuta dall'informazione in Italia, sarebbe opportuno dare una occhiata ad un video su Youtube (lo potete vedere nel sito di approfondimento a questo libro) che mostra come la RAI (con calma, senza controproducenti allarmismi) erogava l'informazione nel 1968 durante la cosiddetta Influenza di Hong Kong" del 1968 (in Italia 20.000 morti per concause) confrontandola con quella inerente il Covid-19.

Tra l'altro, il dilagare di una informazione ansiogena è stato favorito anche dalla sua capacità di irregimentare la popolazione e, quindi – come in passato le guerre – garantire il suo prono asservimento al Potere. Questo, tra l'altro, ha determinato il proliferare di notabili politici che, trasformatisi in sceriffi, sull'onda della paura e scovando sempre nuovi "untori" da additare al pubblico ludibrio, si sono garantiti con il Covid-19 un'aura di popolarità.

idJob: 1279811

Come già detto, a concorrere alla dissennata gestione dell'emergenza Covid-19 è stato un ordinamento nazionale che assegna alle Regioni poteri, praticamente, sovrani nel settore della Sanità. E così mentre il governo italiano, non faceva sostanzialmente nulla (nemmeno l'approvvigionamento straordinario di dispositivi di protezione individuale o di apparecchiature medicali, come facevano quasi tutti i governi europei) già all'inizio dell'epidemia le Regioni (soprattutto quelle del Nord) - senza alcun coordinamento nazionale e senza nessuno standard da rispettare – effettuavano tamponi su persone considerate a rischio. Ma la cosa più penosa della faccenda è che i dati dei "contagiati" (raccolti a casaccio dalle Regioni e che, quindi non erano l'indice di alcunché) rivestivano caratteri di ufficialità nella comunicazione istituzionale dove venivano affiancati al numero dei "deceduti".

La questione "morti per Covid-19" invece che "morti con Covid-19" (e cioè se questo virus sia stata la causa principale della morte o se era presente nell'organismo di persone sul procinto, comunque, di morire per altre patologie o per vecchiaia), è stata oggetto di innumerevoli e, spesso anche violente, polemiche, che, comunque non hanno impedito al Governo di continuare a divulgare il numero di non meglio specificati "Deceduti" seguito dalla farisaica dicitura "in attesa di conferma Istituto Superiore di Sanità".

In realtà già il 13 marzo il direttore dell'Istituto superiore della sanità annunciava che solo per due persone, tra le tante ascritte come "morte per Coronavirus", si poteva - per l'assenza di gravi patologie pregresse e per l'età – confermare questa diagnosi. Il 17

idJob: 1279811

marzo un verdetto ancora più inequivocabile: su 355 cartelle cliniche esaminate, solo 12 decessi possono essere ascritti come "morti per Coronavirus". Una percentuale, quindi del 3,4% che se proiettata sul numero complessivo dei "decessi" (2503) comunicato qualche giorno prima, avrebbe permesso di identificare (3.4 % di 2.503) in soli 85 di questi i morti per Covid-19. In più, per valutare la letalità del virus, l'esatto numero dei morti, avrebbe dovuto essere rapportato non già ai pochi positivi a tampone presentati come "contagiati" ma, bensì, alle stime del numero degli infettati in Italia che già venivano pubblicate da autorevoli istituti di ricerca.

Questo non è stato fatto. E così l'Italia, invece di un tasso di letalità del virus stimato inferiore a 1, faceva registrare dapprima un farlocco quanto agghiacciante 6,6% e, poi, un ancora peggiore 10%. Una manipolazione dei dati che ha avuto ripercussioni gravissime e per la quale, ci auguriamo, qualcuno pagherà.

E così, il terrore per una infezione che - con uno spaventoso tasso di letalità certificato dal governo italiano, le immagini che scorrevano in TV e le dichiarazioni degli "esperti" - veniva letta come una condanna a morte, ha impedito una assistenza sanitaria domiciliare facendo riversare migliaia di contagiati negli ospedali dove morivano per infezioni ospedaliere, che già si portano via, ogni anno in Italia, 50.000 persone.

Tutto questo è da relazionare con quello che, in Italia, si riteneva fosse la Covid-19: sostanzialmente, una polmonite che evolvendosi in polmonite interstiziale acuta, vedeva nella ventilazione invasiva (intubazione) l'intervento risolutore permettendo al paziente di

idJob: 1279811

respirare nella lunga attesa che l'infezione si placasse.

In passato, anche pazienti per i quali poteva verosimilmente insorgere una polmonite interstiziale acuta non venivano, inevitabilmente, trasportati preventivamente nei reparti di terapia intensiva ma ricevevano assistenza medica domiciliare. È da evidenziare, a tal proposito, che numerosi studi a riguardo attestano (soprattutto, considerando l'impatto delle infezioni ospedaliere e del trauma che subisce una persona, soprattutto anziana, che deve abbandonare il proprio letto per andare in corsia) come l'assistenza medica domiciliare determini percentuali di sopravvivenza molto più alte del ricovero ospedaliero.

Si direbbe abbia ignorato questa e altre considerazioni l'indicazione governativa (Protocollo sanitario 21 febbraio 2020) che dissuade il medico curante dal recarsi a casa del proprio paziente affetto da Covid-19 dovendo egli limitarsi a "consultarlo" telefonicamente prima di compilare un davvero scarno questionario (Scheda di valutazione medicina generale infezioni vie respiratorie suggestive rischio Covid-19) costellato da davvero sorprendenti istruzioni che avrebbero dovuto permettere di ottenere una "valutazione clinica".

Questa deresponsabilizzante procedura, determinata dal panico generale per un virus che veniva presentato molto più letale di quanto fosse in realtà, è stata sostanzialmente imposta dalla mancanza, non già di generiche "mascherine", ma di dispositivi di protezione individuale (in primo luogo maschere FFP 2 e FFP 3, con valvola di esalazione) che avrebbero permesso ai medici di avvicinarsi ad un paziente contagiato da Covid-19 con una certa sicurezza.

idJob: 1279811

Scomparsa così l'assistenza sanitaria domiciliare, la velleitaria pretesa di una generale ospedalizzazione, ha determinato ben presto il trasporto in sempre più affollate strutture ospedaliere di un numero spropositato di affetti da Covid-19 che sono stati, ben presto, falcidiati da infezioni ospedaliere. Il risultato è stato una impennata della "mortalità Covid-19" e scene da lazzaretto medioevale, diventate "piatto forte" nelle trasmissioni RAI e di tanti altri media.

Ancora peggiore, nel pur sconfortante quadro italiano, l'andamento dell'emergenza in Lombardia (regione dove sono stati addebitati al Covd19 circa 16.000 morti) dettata, verosimilmente, da specifiche caratteristiche territoriali e costellata da incomprensibili iniziative.

Ad esempio, trattare le salme dei morti da Covid-19 come qualcosa di immensamente più pericoloso dei contagiati (che, come è noto, respirando, possono trasmettere l'infezione) e destinarli ad una impietosa cremazione. Scelta questa tradottasi nel lugubre convoglio di camion militari che da Bergamo portavano a bruciare le salme nei crematori di altri comuni; evento ripreso in video che, ovviamente, veniva trasmesso innumerevoli volte dalla RAI e da tante altri emittenti.

Per quanto riguarda le caratteristiche ambientali che in Lombardia avrebbero determinato una elevata mortalità per Covid-19, è stata messa sotto accusa l'elevata concentrazione nell'aria di "polveri sottili" e cioè particelle solide o liquide disperse nell'atmosfera con un diametro che va da pochi nanometri fino ai 500 µm. Queste particelle potrebbero essere state, veicolo privilegiato di trasmissione del SARS-CoV-2 e di tanti

idJob: 1279811

altri microorganismi che hanno alimentato in passato numerose e gravi polmoniti (che hanno provocato periodici collassi dei reparti di terapia intensiva in Lombardia, come quello verificatosi nel gennaio 2018).

Le polveri sottili, inoltre, avrebbero determinato, oltre ad una compromissione del sistema respiratorio, uno scompaginamento del sistema immunitario aumentando così le coagulazioni intravasali disseminate, causa di morte negli indettati Covid-19.

Se poi si restringe il campo di analisi a due province lombarde - Bergamo e Brescia – ai primi posti per numero decessi, appare verosimile una ipotesi tutta da verificare, ma già rigettata con sdegno, senza che sia stata fatta una sola indagine a riguardo. E cioè che possa essere stata la straordinaria campagna di vaccinazione anti-meningococco C - svoltasi solo nella provincia di Bergamo (21.331 vaccinati) e di Brescia (12.200 vaccinati) – e la periodica campagna vaccinale contro l'influenza (che avrebbe registrato nelle suddette province adesioni, a detta dei media, "superiori ad ogni aspettativa") a determinare, in molte persone, un abbassamento delle difese immunitarie che le hanno rese particolarmente vulnerabili al Covid-19.

Come già detto, l'ipotesi vaccinazioni quale concausa della letalità Covid-19 non ha visto finora nessuna indagine svolta dalle autorità sanitarie italiane. È da menzionare, comunque, che l'Assemblea dei sindaci della Comunità montana di Valle Trompia, aveva invitato esperti ed autorità sanitarie locali a pronunciarsi pubblicamente sulla questione in un incontro che avrebbe dovuto tenersi il 28 febbraio 2020 e che, considerata l'emergenza, è stato annullato. Ci auguriamo, quindi, che questa questione venga ripresa e

idJob: 1279811

non sprezzantemente archiviata come è stato fatto finora per molti rischi legati ai vaccini.

Un'altra particolarità della Lombardia è data dal suo Sistema sanitario regionale nel quale i tagli e le privatizzazioni hanno ridimensionato, più che in altre regioni, la medicina territoriale dirottando gran parte delle risorse nelle strutture ospedaliere e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), strutture destinate ad ospitare persone anziane, per lo più gestite da privati, rivelatesi, come sintetizzato dai media «*un pagliaio nel quale è dilagato il fuoco dell'infezione*». Soprattutto per possibili inadempienze e colpe sulle quali sta indagando la magistratura.

Ma accenniamo a come è stata gestita in Lombardia la prima fase dell'emergenza che parrebbe essere stata pesantemente caratterizzata dall'atteggiamento di chi, invece di trovare insieme una soluzione, pretende, invece, di scovare il colpevole o ancora peggio, utilizzare l'epidemia per un generale regolamento di conti. Una constatazione fatta da non pochi commentatori politici secondo i quali le resistenze delle Regioni del Nord Italia alla ventilata chiusura di molte aziende lasciavano trasparire rinvigorite spinte autonomiste, legittimate dalla evidente défaillance dello stato italiano; di riflesso alcune iniziative del Governo lasciavano trasparire la volontà di mettere in difficoltà, - e, quindi in riga - le suddette Regioni che, del proprio sistema sanitario (meta per innumerevoli pazienti meridionali) ne avevano fatto un vanto.

Comunque, fino alla fine di febbraio grazie anche al parere di un noto "esperto", il rischio Covid-19 per l'Italia era considerato Zero. Nessuno, quindi, in

idJob: 1279811

Lombardia trovò qualcosa da ridire sulle 50.000 persone che, il 19 febbraio, si accalcavano nello stadio San Siro, a Milano, per la partita l'Atalanta-Valencia o sull'iniziativa, lanciata il 21 febbraio e subito estesasi a molte altre città, #milanononsiferma che invitava ad affollare negozi e bar e, quindi, godersi la vita.

Oggi è quasi certo che il SARS-CoV-", già a dicembre circolasse, almeno, nella provincia di Piacenza. A suggerirlo la presenza di anticorpi contro il Covid-19 in pazienti con polmoniti lì ricoverati a dicembre; polmoniti, tra l'altro di una insolita gravità e che determinarono un eccezionale sovraffollamento dei reparti di terapia d'urgenza dell'ospedale di Piacenza (a pochi chilometri dal comune di Codogno).

Potrebbe essere nato così il famoso "virus lombardo", una variante del SARS-CoV-2, dovuta al rapido accumularsi di mutazioni per meglio ad adattarsi all'ospite, trovato, il 20 febbraio a Codogno e in tutto il Lodigiano. Anche se, per molto tempo, l'ipotesi più accreditata è stata che l'infezione sarebbe giunta in Lombardia provenendo dalla Germania, intorno al 25 gennaio, tramite una impiegata di nazionalità cinese sulla quale si scatenarono le fantasie dei cronisti.

Comunque sia, il primo contagiato ufficiale da Covid-19 risulta essere un 38enne di Codogno, tale Mattia, oggi guarito. Il 14 febbraio accusa un po' di influenza, il 18 va in pronto soccorso a Codogno dove le lastre evidenziano una leggera polmonite. Torna a casa, ma il giorno dopo va in ospedale. La polmonite è gravissima. «*Quello che vedevo — spiegherà ai giornali il medico che ha intuito la malattia — mi fece considerare che l'impossibile non poteva più essere escluso. E, forzando la situazione, effettuai il tampone*

anche se i protocolli stabiliti dal ministero della Salute non lo giustificavano».

Questa storia dei protocolli del ministero della Salute che hanno impedito il pronto riconoscimento del virus cinese e quindi l'isolamento del paziente, trasformando gli ospedali – primo tra tutti, quello di Alzano - in focolai di infezione, si è trascinata con smentite e conferme sui media per settimane. Fatto sta che, il 21 febbraio, si scoprono con i tamponi due casi di Covid-19, uno dei quali provoca un decesso. il Governo, con una prontezza che non dimostrerà nei giorni seguenti, chiude il Lodigiano e Vo' Euganeo (in provincia di Padova) che diventano zone rosse. Ma perché non vengono dichiarate "zone rosse" altre aree dove pure cominciano a registrarsi positivi al Covid-19?

È solo una delle tante questioni non risolte che avvelenano il clima politico di quei giorni. Prima tra tutte la chiusura delle fabbriche in Lombardia. Misura, ovviamente, osteggiata da Confindustria soprattutto quando si scopre che tra le fabbriche che avrebbero dovuto chiudere c'era la Tenaris-Dalmine che, tra l'altro, produce (come avrebbe dovuto essere noto alle autorità statali) bombole per ossigeno terapeutico. A chiudere la prima fase di questa sgangherata gestione dell'emergenza, la notte del 7 marzo, la fuga dalla stazione di Milano di migliaia di meridionali che tentano così di raggiungere le loro famiglie al Sud. A determinarla l'anticipazione sui giornali del decreto, firmato il giorno dopo dal Presidente del Consiglio, che dichiara tutta la Lombardia Zona rossa.

Lo diventerà tutta l'Italia con il DPCM dell'11 marzo.

idJob: 1279811

Ma è stato di qualche utilità questo lockdown? Per settimane le autorità italiane si sono pavoneggiate affermando che, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, l'Italia, era da esempio alle altre nazioni per le misure adottate; salvo poi non avere nulla da dire quando la stessa Organizzazione assegnava questo primato alla Svezia, dove queste misure sono state, davvero, poca cosa permettendo, ad esempio, anche a bar e ristoranti di restare aperti.

Di certo va detto che il confinamento nelle abitazioni della popolazione italiana imposti da una informazione terroristica e da rastrellamenti (supportati anche da droni, elicotteri e multe) è stata una direttiva dettata non da considerazioni sanitarie ma, da passate scelte politiche. Considerazioni inconfessabili pubblicamente perché avrebbero evidenziato le conseguenze di decenni di tagli alla Sanità pubblica.

Solo qualche cifra: secondo uno studio della Fondazione Gimbe, dal 2010 al 2019 sono stati tagliati alla Sanità 37 miliardi di euro, perdendo così 44.000 addetti, 197 ospedali e 90.000 posti letto. Tagli ancora più drammatici per i posti di terapia intensiva che, secondo un rapporto dell'OMS, dal 1997 al 2015, sono passati da 575 ogni 100 mila abitanti ai 275 attuali. Non così, ad esempio, in Germania e in Svezia dove un soddisfacente numero di posti di terapia intensiva ha permesso di affrontare il picco epidemico senza dovere rallentare più di tanto l'avanzata del contagio con le spietate misure di contenimento adottate in Italia.

Ma a cosa sarebbe dovuto servire l'italico lockdown, celebrato con interminabili dirette TV e canti patriottici sui balconi? A fermare l'infezione? Ma, se fossero duecentomila - come oggi (sei maggio) mostra la TV - i

idJob: 1279811

contagiati da Covid-19 in Italia, l'infezione – perpetuatasi attraverso le inevitabili falle del lockdown - con l'attuale fase due e il conseguente allentamento del lockdown, starebbe per avventarsi sui restanti 59 milioni di italiani mai contagiati e, pertanto, non immunizzati.

In realtà, non è così. Gli italiani che sono stati contagiati da Covid-19 oggi in Italia, utilizzando le stime fatte qualche settimana fa da autorevoli studi epidemiologici, dovrebbero essere già decine di milioni. E non si capisce proprio perché oggi e non a marzo, in quasi tutte le regioni venga imposta alle persone per strada la mascherina.

A rendere ancora più surreale questa gestione dell'emergenza i governatori delle regioni del Sud, che solo ora stanno aumentando le indagini basate su tamponi. Si badi bene: non test sierologici miranti ad attestare la presenza di anticorpi e quindi il raggiungimento di una immunità al virus ma tamponi che, come è noto, attestano la presenza o no del virus. Tamponi che ora risultano, quasi tutti negativi. Per il tripudio dei tanti che, non rendendosi conto di essere "guariti" (da un virus che quasi sempre non provoca alcun sintomo), ora inneggiano al loro beneamato governatore per averli "salvati dal contagio".

Stessa immeritata gratitudine rischia di riversarsi sui tanti "esperti" che, hanno costellato l'emergenza Covid-19 dichiarando tutto e il contrario di tutto, quasi sempre adeguandosi agli umori del momento. E qui è necessario un piccolo inciso.

Per affrontare il Covid-19, quasi tutti i governi si sono avvalsi di un solo consulente scientifico il quale, dopo essersi consultato con esperti da lui scelti, si assumeva la responsabilità delle indicazioni che dava al

idJob: 1279811

Capo del Governo, ai ministri e ai direttori dei vari dicasteri. Il governo italiano, invece, ha scelto di avvalersi, intanto di un consulente per, quasi, ogni ministero, poi di un Comitato Tecnico Scientifico (erano 5 i membri il sei marzo, ora sono 21) poi di un Comitato di esperti in materia economica e sociale (17 membri +2) poi di una miriade di "Task Force" (erano 19 il 30 aprile) che inglobano un numero sempre crescente di "esperti".

Queste commissioni, che si direbbero essere state create per deresponsabilizzare le decisioni delle autorità, hanno suscitato sui media innumerevoli sarcasmi. Tra questi ci piace qui citare il commento di Luciano Gattinoni, già direttore scientifico del Policlinico di Milano e professore emerito dell'Università di Göttingen: «*L'Italia ha innumerevoli esperti e un numero di commissioni ignoto, ma del loro lavoro non traspare nulla. Vive in un perenne talk-show. Manca perfino un'analisi della situazione che parta dai numeri. Nessuno parla di rischio sostenibile, non avendolo calcolato. Se lei mette dieci medici intorno a un malato, questo non ha speranze, muore. In un gruppo allargato ognuno si sente in dovere di dire una cosa più intelligente di quella che ha appena ascoltato, e finisce con lo spararla grossa. Se ci sono più di cinque o sei persone a decidere, la commissione diventa inutile nel migliore dei casi, dannosa nel più frequente, perché l'accordo lo si raggiunge sempre al livello più basso*».

Ma qual è il valore di tanti tra questi esperti? Per Carità di Patria, sorvoliamo su quelli arruolati dal governo italiano e occupiamoci, invece, di Neil Ferguson, luminare del blasonato Dipartimento di Epidemiologia all'Imperial College di Londra, e diventato famoso per avere - con i suoi "autorevoli" studi

idJob: 1279811

e le sue, innumerevoli quanto terrorizzanti, dichiarazioni in TV - costretto Boris Johnson ad imporre alla Gran Bretagna un ferreo lockdown.

Ferguson, diventato famigerato quando ai primi di maggio è stato scoperto a violare (per una tresca amorosa) il lockdown e quindi costretto a lasciare l'incarico di consulente del governo. Scandalo che ha fatto scoperchiare tutte le previsioni sbagliate che Ferguson aveva fatto nel corso della sua carriera: dalle 150.000 persone che sarebbero morte in Europa per la "Mucca Pazza", a quelle che sarebbero morte in Gran Bretagna: 65.000 per l'influenza suina del 2009, 510.000 per il Covid-19.

Ma perché – si sono domandati in tanti - un "esperto" dimostratosi così inetto è stato per anni venerato dai media fino a diventare consigliere scientifico del governo britannico? Qualcuno ha fatto notare il controllo dell'Informazione da parte di conglomerati finanziari che hanno al loro interno grandi aziende farmaceutiche (la cosiddetta *Big Pharma*) e i, davvero sconcertanti, finanziamenti del GAVI (la Fondazione del miliardario Bill Gates che promuove i vaccini) al Centro fondato da Ferguson presso l'Imperial College – il Centre for Global Infectious Disease Analysis – che, tra l'altro, offre consulenze ai governi. È stato per questo che si è arrivati ad affermare che le sovrastime del pericolo epidemie, certificate da esperti come Ferguson, servano per spianare la strada ai vaccini e ai conseguenti guadagni.

Ma, a proposito di esperti e tornando all'Italia, poniamoci una domanda. Cosa hanno finora prodotto le tante commissioni di esperti? Al momento (24 maggio),

idJob: 1279811

nonostante numerose ricerche, siamo riusciti a trovare quasi nulla. Più in generale nonostante fiumi di trasmissioni, talk show, dichiarazioni in diretta, pagine e pagine di inchieste… l'informazione sul perché delle scelte che si andavano a fare per contrastare il Covid-19 è stata pressoché inesistente. E si ha la sensazione che le notizie diffuse dai media su alcuni elementi presenti in vari report siano serviti sostanzialmente solo a testare la reazione dell'opinione pubblica o di alcune forze politiche.

Valga per tutti l'esempio dello studio *Valutazione di politiche di riapertura utilizzando contatti sociali e rischio di esposizione professionale*, commissionato dal Comitato tecnico scientifico sull'emergenza Covid-19 che paventava, qualora fosse stato meramente rimosso su tutto il territorio nazionale il lockdown, 150mila pazienti in terapia intensiva in estate. Cifra sbalorditiva considerando che a marzo, in piena emergenza Covid-19, i pazienti in terapia intensiva sono stati qualche migliaio. Su questo studio e sulle polemiche che ha alimentato rimandiamo al sito che supporta questo libro. Qui solo poche parole. È stato ipotizzato sui media che la divulgazione di questo studio sia servita al Presidente del consiglio per mettere in riga i "ribelli" governatori delle regioni del Nord che, nell'imminenza della Fase Due, scalpitavano per far riaprire al più presto tutte le aziende ubicate nei loro territori; ipotesi che vedeva contrario il governo, orientato, invece, ad allentare il lockdown esclusivamente nelle regioni meridionali.

Quello che è stato riaperto e quello che è rimasto chiuso è riportato nel DPCM del 26 aprile 2020. Qui solo alcune domande.

Ma è normale, durante una drammatica emergenza,

idJob: 1279811

utilizzare quelli che dovrebbero essere studi scientifici come *ballon d'esssai* per testare le reazioni di un partito? Ma è questo il modo di intendere la Politica? Terrorizzare le persone, far svanire le speranze di uscire da un incubo, salvo poi dichiarare pubblicamente che gran parte degli scenari di quello studio «*non sono verosimili*»? Ridurre l'Epidemiologia ad un Gioco delle Tre Carte? Sarebbe questa la "lotta contro le fake news inerenti il Covid-19" alla quale è consacrata una delle tante task force governative?

Ancora peggio per un altro, verosimile, *ballon d'essai* fatto trapelare su Repubblica il 21 aprile: «*A gennaio il ministero della Salute aveva già preparato un piano di emergenza per contrastare il coronavirus. Ma è stato tenuto segreto, perché ipotizzava anche uno scenario ritenuto talmente drammatico da provocare il panico (...) Il Piano è stato tenuto nascosto perché si temeva potesse scatenare il panico. Secondo il ministero non c'è stato nessun ritardo (...)*».

Notizia così cucinata, lo stesso giorno, dal Corriere della Sera: "*Dal ministero della Salute è uscito a gennaio un «piano nazionale di emergenza» per contrastare il coronavirus. In quelle pagine sono scritti gli orientamenti programmatici che hanno ispirato le scelte del governo. Il documento contiene tre scenari per l'Italia, uno dei quali troppo drammatico per essere divulgato senza scatenare il panico tra i cittadini. Per questo il piano è stato secretato. (...) Se la più fosca delle previsioni non si è realizzata, è perché il governo ha scelto, anche se gradualmente, di chiudere i battenti del Paese e imporre il distanziamento sociale. (...) «Non c'è stato nessun vuoto decisionale - risponde il direttore generale della Programmazione sanitaria del ministero*

-. *Già dal 20 gennaio avevamo pronto un piano secretato e quel piano abbiamo seguito. La linea è stata non spaventare la popolazione e lavorare per contenere il contagio*».

Ma un Piano di emergenza non è certo un libro dell'orrore da dare in pasto ai lettori; bensì un documento che, sulla base di determinati scenari, elenca le direttive (che ogni addetto all'emergenza e ogni struttura dovrà attuare) e le risorse (ovviamente già disponibili, non un Libro dei Sogni) che saranno impiegate. Da questo punto di vista un "piano di emergenza segreto" è un ossimoro, una contradizione in termini. A che serve un piano di emergenza se nessuno ne conosce i contenuti e, quindi, non può prepararsi e preparare le strutture che dirige ad affrontare l'emergenza? E con che faccia tosta si osa dichiarare che il piano non è stato divulgato dal Governo per non spaventare la popolazione quando il Governo e i suoi media non hanno fatto altro nel corso dell'emergenza Covid-19?

Tra l'altro ci sarebbe da domandarsi quale "piano secretato", pronto "già dal 20 gennaio" il Ministero della salute avrebbe attuato. Ma davvero esisteva un piano? Dal caos che ha caratterizzato l'emergenza si direbbe che il tutto si sia svolto all'insegna della improvvisazione.

Basta soffermarsi, ad esempio, sulla Circolare del Ministero della Salute del 20 marzo avente come oggetto *Annullamento e sostituzione della Circolare del Ministero della Salute n. 0009480 del 19 marzo 2020*.

E cosa aveva di così sbagliato la circolare del 19 marzo da essere annullata nel giro di poche ore? Una disposizione semplicemente folle (che miracolosamente è stata criticata anche dai media mainstream, solitamente pronti ad incensare ogni disposizione governativa) e cioè

idJob: 1279811

che per le analisi dei tamponi avrebbero avuto la precedenza quelli effettuati al personale militare e ai loro congiunti. «*E i medici e il personale infermieristico che stanno assistendo, quasi sempre senza nessun dispositivo di protezione, i tanti ammalati Covid-19*?» si domandarono stupefatti i media.

Stupore, comunque, con la scomparsa della circolare, scomparso in poche ore. Sarebbe stato interessante, comunque, domandarsi se anche questa disposizione era presente nel fantomatico "piano secretato pronto già dal 20 gennaio". Chissà se ci sarà mai una Commissione parlamentare, per analizzare la gestione dell'emergenza Covid-19, che si porrà questa domanda?

Ma l'aspetto più inquietante della prima fase dell'emergenza Covid-19 è stato il presentare quello che era un caos organizzativo come una guerra. Una rappresentazione cominciata dichiarando – giustamente – "eroi" i tanti medici e infermieri che – non certo per loro scelta - affrontavano il virus privi dispositivi di protezione biologica e proseguita trasformando in retrovia di questa guerra i balconi, con gente che sventolava il Tricolore cantando "Fratelli d'Italia", e i convogli di bare salutate sull'attenti dai militari. Impedita ogni manifestazione di protesta e ammutolito il Parlamento, sono stati, quindi, additati come "untori" genitori che cercavano di far prendere un po' di sole ai propri figli; osannati politicanti che inneggiavano ai rastrellamenti; trasformati in una minaccia per la nostra vita chiunque non rispettasse rigidamente il lockdown.

E con la nascita del "nemico" si è scatenata anche la caccia alla "quinta colonna" di questo. Già da tempo le

idJob: 1279811

cosiddette fake news venivano presentate come un'arma del Cremlino per sovvertire i paesi occidentali. Ora, con il Covid-19, diventavano qualcosa di ancora peggiore: una eresia diretta a spaccare una salvifica Scienza che, se lasciata lavorare in pace, ci avrebbe potuto condurre fuori dalle tenebre dell'epidemia.

Come già detto, non si sa ancora nulla dei lavori delle innumerevoli task force messe su contro il Covid-19; per quanto riguarda quella contro le fake news, l'unica cosa trapelata sui giornali è la figuraccia del suo presidente che, nonostante la notizia fosse stata già smentita da non pochi giornali, dichiarava che l'allentamento del lockdown in Germania stava provocando un aumento dei contagiati. Restando ignoto cosa abbia prodotto la crociata governativa contro le fake news, quindi, non resta, quindi, che soffermarsi su un episodio davvero inedito nella pur pluriennale crociata contro le fake news nel nostro Paese: il caso Byoblu.

"Colpa" di questa TV che trasmette on line quella di avere intervistato, il 19 marzo, Stefano Montanari: un ricercatore, laureato in Farmacia, che da anni studia i potenziali effetti sull'ambiente e sulla salute umana delle nanoparticelle. Qualche giorno dopo, una notizia troneggia su tutti i giornali. L'associazione Patto Trasversale Per La Scienza, «*considerando la tragicità del momento che stiamo vivendo, sia necessario proteggere i cittadini da ogni informazione falsa, esagerata, tendenziosa o non scientificamente provata, che possa spingerli a comportamenti pericolosi rispetto alla pandemia*» chiede alla Procura, per Montanari, l'incriminazione per diffusione di notizie false, esagerate o tendenziose, atte a turbare l'ordine pubblico e, per la TV on line Byoblu, la chiusura.

idJob: 1279811

Ma cosa aveva detto Montanari, nell'intervista a Byoblu, di così eversivo? Di certo, non aveva chiesto alla gente di violare la legge infrangendo il lockdown. Si era limitato ad esprimere - oltre a qualche affermazione che non mi trova d'accordo, ad esempio il laboratorio P4 di Whuhan quale origine dell'epidemia – tutta una serie di considerazioni, certamente legittime. Ma l'aspetto più preoccupante della faccenda non è stata certo la pretesa di una stravagante organizzazione – fondata da un noto personaggio, verosimilmente, per farsi perdonare il suo aver negato il rischio Covid-19 in Italia – ma la reazione della quasi totalità dei media che invocavano anch'essi, il rogo per l'eretico e per chi aveva osato dargli voce. Un atteggiamento che prefigura tempi davvero bui per la democrazia e la ricerca scientifica in Italia.

A rendere surreale la "lotta contro le fake news" da parte dei media è la disinvoltura con la quale hanno diffuso una davvero improbabile ipotesi priva di qualsiasi prova è cioè che l'irrompere del virus SARS-CoV-2 sulla scena mondiale fosse dipeso non da una sua casuale trasformazione ma, bensì, dalla manipolazione del suo DNA (effettuata, secondo la Vulgata, nel laboratorio P4 di Whuhan). Da questo assioma, due corollari: il primo che il virus si sia diffuso accidentalmente all'esterno, il secondo che questa diffusione sia stata intenzionalmente determinata da militari o terroristi.

Nonostante l'inconsistenza delle prove che le supportano, queste fake news, inizialmente sostenute da una sparuta minoranza su internet, sono state fatte proprie dal governo USA e, da innumerevoli media mainstream, forse per dirottare sulla Cina la rabbia

idJob: 1279811

prodotta dall'epidemia. Nella linkografia del sito che correda questo libro, documentazioni e approfondimenti, qui solo poche parole.

La stragrande maggioranza dei virus conosciuti muta continuamente il suo codice genetico. In moltissimi casi questa mutazione "uccide" il virus compromettendo funzioni indispensabili per il suo perpetuarsi. In qualche raro caso, invece, questa mutazione determina un vantaggio permettendo al virus di fortificarsi o di colonizzare cellule fino a quel momento inattaccabili.

Ad esempio, la morbilità del virus che provoca la Covid-19 sarebbe stato determinato da una serie di mutazioni che avrebbero permesso ad una sua glicoproteina S (da *spike* dall'inglese "punta" o "spuntone" essendo una parte della "corona" che circonda il virione) di indirizzarsi verso il recettore ACE2 (*angiotensin converting enzyme*), espresso dalle cellule dei capillari dei polmoni della specie umana.

La storia di queste serie di mutazioni è possibile leggerla nel codice genetico del virus.

Serie di mutazioni casuali o progettate in qualche laboratorio? Facciamo un esempio: voi siete il croupier di un tavolo dove si gioca a dadi. Un tizio lancia tre dadi e ottiene tre sei. «Fortuna!» pensereste voi (quella combinazione ha una probabilità su 216 di verificarsi) mentre vi rassegnate a pagargli una bella somma. Ma il tizio fa' un altro lancio e ottiene ancora tre sei, e così per un altro lancio, e un altro lancio ancora…. A questo punto, voi smettete di pagarlo e chiamate la Sicurezza perché quei dadi certamente sono stati truccati.

Stesso ragionamento per identificare la probabile origine di mutazioni nel codice genetico. Luc Montagnier, Premio Nobel per la Medicina ha stupito il

idJob: 1279811

mondo scientifico dichiarando l'origine artificiale del virus SARS-CoV-2 basandosi, dapprima, su uno studio (di Prashant Pradhan e altri) pubblicato dalla università di Nuova Delhi nel gennaio 2020 (in realtà, ritirato dagli autori stessi due giorni dopo la pubblicazione) e poi sugli studi di un suo collaboratore – l'ingegnere Jean-Claude Perez che si occupa attualmente di biomatematica, una branca della biologia che utilizza metodi matematici per studiare i sistemi biologici – che, a suo dire, avrebbero dimostrato la quasi nulla probabilità che le modifiche conosciute dal Covid-19 potessero essersi verificate casualmente.

Va da sé che l'autorevolezza di Montagnier ha scatenato una ridda di articoli scientifici sulle ricerche di Jean-Claude Perez che smentivano questa ipotesi. Critiche trasformatesi in feroci polemiche contro Montagnier quando questi, successivamente, ha additato le frequenze elettromagnetiche della tecnologia 5G, (recentemente introdotta e ampiamente diffusa proprio a Wuhan) quale causa dell'insorgere dell'epidemia.

Sono condivisibili queste ipotesi? Da virologo posso solo affermare che gli articoli che criticano le ipotesi espresse dal gruppo di Prashant Pradhan e da Jean-Claude Perez mi sembrano convincenti. Luc Montagnier, invece, non ha, finora, pubblicato nessun articolo scientifico a supporto delle sue ipotesi limitandosi ad enunciarle in interviste ad alcune radio in Francia.

Clamoroso, comunque, che, mentre le ipotesi di un virus "ingegnerizzato" venivano demolite dal mondo scientifico dilagava su moltissimi media mainstream la certezza che dietro l'epidemia Covid-19 ci sia il tenebroso laboratorio P4 di Wuhan.

idJob: 1279811

Ho lavorato molte volte all'interno di laboratori P4. Una volta entrato - dopo aver inserito un tesserino e digitato un codice - lasciavo in un locale all'ingresso i vestiti e indossavo due tute sovrapposte, doppi guanti e un casco. Quindi, superata una doppia porta, accedevo al laboratorio dove, in armadi blindati - percorsi da serpentine per mantenere il giusto grado di temperatura e sorvegliate da telecamere - erano conservate le colture con gli agenti infettanti. Concluso il lavoro, in un altro locale sigillato, prima di togliermi la tuta esterna dovevo sottopormi ad una doccia sterilizzante; stessa procedura in un altro locale con la seconda tuta.

Si potrebbe pensare che tutte queste procedure, unite a innumerevoli sistemi di sicurezza, riducevano a zero il rischio di una accidentale fuoriuscita di un microorganismo. In realtà le cose non stanno così.

Una volta, ad esempio, venni a sapere di un ricercatore che, per fumarsi di soppiatto una sigaretta, si chiudeva nel bagno e si toglieva il casco, dopo aver disattivato la maggior parte dei sistemi di sicurezza per impedire all'allarme antifumo di attivarsi. Un'altra volta si scoprì che di quattro topolini, infettati con abominevoli agenti patogeni, non si sapeva dove fossero finiti. Oggi con le nuove procedure e sistemi di scurezza imposti dall'OMS per ottenere la certificazione di Livello di biosicurezza 4 (e quindi poter trattare agenti biologici molto letali) la sicurezza dovrebbe essere molto aumentata. Ma il problema è che oggi, dopo l'11 settembre, questi laboratori P4 si sono moltiplicati come conigli. Fino a qualche anno fa di laboratori P4 ne esistevano solo 4: due in America (ad Atlanta e Fort Detrick), uno in Russia (Leningrado) uno in Inghilterra

idJob: 1279811

(Porton). Oggi ne esistono più di cinquanta. E solo uno in Cina a Wuhan.

Su questo proliferare di laboratori P4 (che tra l'altro, drenano ingenti risorse che potrebbero essere destinate per affrontare quelle che sono diventate gravi endemie, come la malaria o la tubercolosi) abbiamo già accennato; qui una domanda.

Potrebbe essere stato un virus sfuggito accidentalmente dal laboratorio P4 di Wuhan l'origine dell'attuale epidemia? Personalmente lo ritengo, a dir poco, improbabile. E questo anche alla luce di due, ormai famosi, incidenti capitati in laboratori dai quali sono sfuggiti agenti patogeni estremamente letali.

Il primo è avvenuto il 27 luglio 1962 al Microbiological Research Establishment (un impianto militare dove si progettavano e creavano armi biologiche) di Porton Down in Gran Bretagna. Lì un ricercatore, Geoffrey Bacon, si infettò, senza accorgersene, con un ceppo di Yersinia pestis (l'agente della Peste, per intenderci) reso particolarmente virulento per scopi militari. Rientrato tranquillamente a casa, morì il primo agosto non prima di aver infettato il medico curante, i familiari e due ragazze di 9 e 15 anni, Katrin ed Elizabeth Larid, nipoti di Bacon, che il giorno prima si erano recate a casa dello zio per salutarlo prima di partire in aereo per la Libia. Nonostante ciò, la temuta epidemia di peste polmonare non ci fu. Analoga conclusione per un incidente di laboratorio che coinvolgeva un agente ancora più letale della *Yersinia pestis*: il virus del vaiolo. Sfuggito nell'agosto 1978, a seguito di un incidente dal laboratorio della facoltà di medicina dell'Università di Birmingham, uccise quattro

idJob: 1279811

persone che dopo essere state infettate frequentando numerose persone avevano certamente trasmesso l'infezione a molte altre.

Perché questi incidenti di laboratorio - al pari di tanti altri avvenuti durante il trasporto, come la rottura, il 29 settembre 1976, di una fiala contenente virus di Ebola, sciaguratamente trasportata in un aereo di linea dal ricercatore belga Peter Piot, o la rottura di un contenitore contenente spore di antrace, avvenuta nel 2015 nella base militare americana di Osan, in Corea del Sud – non hanno prodotto epidemie? Sono state avanzate varie ipotesi; tutte, comunque che, evidenziando la necessità di molti fattori per far sì che una piccola quantità di virus possa determinare rapidamente una epidemia, finiscono per ridurre quasi a zero la possibilità che dietro l'epidemia di Covid-19 nata a Wuhan possa esserci l'accidentale fuoriuscita di un virus modificato nel laboratorio P4 di quella città.

Ancora più improbabile l'ipotesi che dietro l'epidemia possa esserci stata un'arma biologica soprattutto perché risulta davvero inspiegabile perché si sarebbe utilizzato un virus come il SARS-CoV-2 che ha una letalità una letalità così bassa e perché lo stato che avrebbe sferrato il presunto attacco con questo virus non si sarebbe preoccupato di vaccinare prima la propria popolazione e i propri militari.

idJob: 1279811

PARTE TERZA - Ancora emergenza?

«Non bisogna abbassare la guardia!», «Il virus tornerà a colpire!» «Dobbiamo cambiare il nostro stile di vita!» …. È questo il *refrain* con il quale esperti da talk show e politicanti altrimenti condannati al declino cercano di istituzionalizzare un eterno stato di emergenza che garantisca ad essi un potere assoluto.

E così, passata la terrorizzante fase 1 (inaugurata in Italia e subito imitata da moltissimi paesi) che è servita a far scomparire ogni traccia di opposizione (basti pensare alle imponenti mobilitazioni che scuotevano la Francia contro il taglio delle pensioni) ora si è passati ad una fase 2 che si direbbe serva a far metabolizzare i nuovi assetti del potere in attesa della fase 3 (e cioè il ritorno dell'epidemia). Intanto con il nuovo ruolo affidato agli "esperti". Ci si sarebbe aspettati che dopo le loro catastrofiche e fallimentari previsioni, sarebbero stati allontanati dal loro ruolo di consulenti dei governi. Che, invece, continuano a tenerseli stretti. Perché?

Perché le loro imperscrutabili previsioni di un catastrofico ritorno dell'epidemia servono, ora, a elevare

idJob: 1279811

i governi al ruolo di “super-partes” tra questi “esperti” e una popolazione che implora un ritorno alla normalità. Si trasforma così ogni allentamento del lockdown indispensabile a far partite l’economia, in una benevola concessione di governi commossi per le condizioni dei propri sudditi. Ruolo che, tra l’altro non comporta nessuna assunzione di responsabilità visto il gran numero di “esperti”, commissioni e task force tra i quali si può sempre trovare qualcuno che, pur confusamente, era una voce fuori dal coro.

A rendere ancora più avvilente questo quadro, l’involuzione subita, durante i quasi due mesi di lockdown da molti intellettuali, un tempo acuti osservatori della situazione politica e ora ridottisi al ruolo di isterici sostenitori del perpetuarsi di ferree “misure di profilassi” anche le più strampalate come, per dirne una, i quattro metri di distanza tra ombrelloni aperti nelle pur roventi spiagge estive. Unico elemento di consolazione, in questa fase 2, l’emergere di molte voci – soprattutto di medici - che denunciano quello che fino a qualche tempo sembrava essere retaggio di pochi “complottisti”. Voci che, soprattutto, denunciavano la sovrastima dei morti per Covid19 operata dalle autorità. Voci che si è tentato di silenziare con operazioni davvero sorprendenti come quelle conseguenti al “caso Blangiardo”.

Agli inizi dell’aprile 2020 fece scalpore la dichiarazione del professore Blangiardo, presidente dell'Istat, che ridimensionava il bilancio dell’epidemia Covid-19 evidenziando come nei primi tre mesi del 2019 ci fossero stati in Italia 15mila morti per polmoniti varie ribadendo un concetto già espresso dall’istituto superiore

idJob: 1279811

della sanità. E cioè che solo una piccola percentuale (circa il 3%) dei morti addebitati in TV al virus fossero da considerare "morti per Covid-19". Sembrava quindi legittimarsi l'ipotesi (bollata in TV come "negazionista") di vituperati ricercatori che, già agli inizi dell'epidemia, - quando ancora non c'era stata l'ecatombe in Lombardia determinata non dal virus ma da insensate direttive - prospettavano per il Covid-19 uno scenario non dissimile da quello di alcune epidemie influenzali che annualmente, nell'indifferenza dei media, si abbattono sul nostro Paese; (basti pensare a quella del 2015: ventimila anziani morti in più rispetto a quella dell'anno prima).

Si scatenava allora una ridda di studi (vedi linkografia nel sito) che si direbbero essere stati pubblicati proprio per delegittimare questa ipotesi. Caratteristica di questi studi: inglobare tra i "morti per Covid-19" non solo coloro che, pur risultando positivi al tampone, erano - come risultava dalle cartelle cliniche e dalle autopsie considerate dall'Istituto superiore della sanità - morti per altre gravi patologie, ma, addirittura, morti che erano risultati negativi al tampone o ai quali il tampone non era stato fatto.

Vengono così considerati "morti per Covid-19" anche innumerevoli morti per cancro (che, già, ogni anno sono 190.000) impossibilitati, per il collasso delle strutture ospedaliere, ad accedere alle terapie; stesso destino per i morti per malattie cardiache: (240.000 ogni anno): uno studio della Società Italiana di Cardiologia in 54 ospedali evidenzia come dal 21 febbraio al 19 marzo 2020 la mortalità per infarto si sia triplicata passando dal 4.1% al 13.7%; stesso destino per i morti da infezioni ospedaliere (sono, come già detto, 50.000 ogni anno).

idJob: 1279811

In più, appaiono sconcertanti studi epidemiologici. Uno per tutti quello realizzato proprio dall'Istat e subito salutato dai media con titoli come "ISTAT: più 20% decessi tra il primo marzo e il 4 aprile rispetto al 2015-19". Uno studio che aveva come campione di riferimento solo 1689 comuni (sui circa 7000 italiani) dove si erano registrati almeno "10 morti per Covid-19".

Tra l'altro, molti di questi sconcertati studi dovendo ammettere che i morti sono stati immensamente di più in tre regioni del Nord (dove il sistema ospedaliero è collassato) ma non nelle altre regioni italiane (dove questo collasso è stato molto ridotto) che registrano, addirittura una diminuzione della mortalità rispetto agli anni precedenti, si arrabattano per cercare una "spiegazione". Dopo aver tentato – pateticamente - di addebitare questa diminuzione alla scomparsa dei morti per incidenti stradali (poco più di 3.000 vittime in tutta Italia ogni anno) o, addirittura, degli omicidi (meno di 400 ogni anno in Italia) conseguente al lockdown arrivano, inevitabilmente ad addebitare questa diminuzione al lockdown che, diminuendo i contagi ha scongiurato molte delle previste morti per influenza.

La cosa davvero irritante è che questi studi trascurano di menzionare come il piccolo numero di tamponi utilizzati impiegati in molte regioni (soprattutto quelle meridionali) ha prodotto una sottostima dei contagiati e, quindi anche dei "morti per Covid-19". Studi che intenzionalmente trascurano di menzionare stime effettuati da autorevoli università e ricercatori che valutano in decine di milioni i contagiati da SARS-CoV-2 in Italia. Studi che non prendono in considerazione indagini sierologiche che, nella latitanza delle strutture pubbliche, sono state fatte da privati e che documentano

idJob: 1279811

una realtà per molti sconvolgente.

Il più noto è lo studio, realizzato dalla società Meleam e diretto dal medico patologo Pasquale Mario Bacco, che nell'area di Brescia, sottoponendo ad analisi sierologiche 7.038 persone asintomatiche, evidenzia come il 49% di queste, infettate dal virus Sars-COV-2, ha già sviluppato gli anticorpi (nell'80% dei casi immunoglobuline G, che si sviluppano mesi dopo l'infezione). Altro studio quello realizzato non in un'area teatro dell'epidemia come Brescia, ma a Ortisei un comune sperduto sulle montagne dell'Alto Adige, che è stato condotto da un intraprendente medico, Simon Kostner, e pagato (30 euro ognuno) da suoi compaesani. In questo studio, su 456 persone testate il 49%, pur non mostrando alcun sintomo, risultava positivo al virus.

Studi che si direbbero non graditi dalle autorità sanitarie, come dimostra la davvero grottesca storia di Solto Collina, un paese di 1800 abitanti nel Bergamasco affacciato sul lago d'Iseo. Lì l'amministrazione comunale aveva pensato bene di convenzionarsi con un laboratorio privato per fare effettuare test sierologici e verificare quanti abitanti avessero sviluppato anticorpi al virus Sars-COV-2. Si raccolgono così 124 campioni di sangue che attestano, in molti, la presenza di anticorpi subito salutati – giustamente - dalla popolazione come prova della guarigione. Ma la festa viene rovinata dalla decisione della locale Azienda tutela della salute che, richiamandosi ad una delibera regionale, ordina a tutti coloro che, avendo fatto i test sierologici, sono risultati guariti e a tutti i loro familiari di mettersi in quarantena fino a quando non sarà effettuato il tampone che dovrà risultare negativo. E cioè dopo almeno un mese.

In altre regioni, invece, alcune zone diventano

idJob: 1279811

soggetto di campagne mediatiche volte a minacciare l'imposizione di un lockdown generale.

È il caso della Campania dove alcuni comuni del Vallo di Diano, vengono additati come "focolaio epidemico" in quanto "colpevoli" di avere ospitato a febbraio – quando non c'era nessun lockdown – la riunione di una comunità religiosa. Un elevatissimo numero di tamponi effettuati in questi comuni attesta, a marzo, un elevato numero di positivi. Lo stesso risultato si sarebbe potuto risultare in tutta la Regione se anche lì fosse stata effettuata una intensa campagna di monitoraggio. Ma che importa? Ben presto, nell'immaginario collettivo forgiato da innumerevoli servizi TV, la riunione di questa comunità religiosa e il suo pranzo, il giorno dopo, in un ristorante, diventano una specie di sabba di untori da additare al pubblico ludibrio.

Ancora peggio per i numerosi ragazzi che, il sette marzo, saputo dell'imminente lockdown in Lombardia hanno lasciato, in treno, Milano per raggiungere le loro famiglie in Campania. «*È colpa loro se il 17 marzo in Campania ci sarà un catastrofico picco epidemico*!» tuonano i giornali. Picco epidemico, che ovviamente non c'è stato. Ma chi se lo ricorda più? L'importante è che in Campania tutti abbiano applaudito i droni e i rastrellamenti per stanare i pochi che, durante il Lunedì in Albis, hanno osato metter il naso fuori dalla porta di casa.

Dopo quasi due mesi di quarantena generalizzata le autorità, comunque, si rendono conto che il lockdown deve essere allentato. E non per chissà quali considerazioni epidemiologiche ma, solo, perché, con

idJob: 1279811

buona parte delle attività economiche chiuse, il Paese rischia la fame. Bisogna, quindi, inventarsi qualcosa da dire agli Italiani che stanno cominciando a domandarsi perché – con l'allentamento del lockdown - si dovrebbe permettere ad un virus che, stante le cifre ufficiali, circola in appena qualche centinaio di migliaio di persone di avventarsi su cinquantanove milioni di italiani mai stati infettati.

Si mandano, quindi, in TV "esperti" che parlano di, non meglio precisate, «*cause naturali che ora rendono il virus meno contagioso*» o che, gettandosi la zappa sui piedi, balbettano su una «*probabile sottostima che sarebbe stata fatta del numero di contagiati*». Ovviamente, senza degnarsi di segnalare come questa sottostima del numero dei contagiati da mesi viene denunciata da tanti fino a quel momento additati come complottisti o negazionisti.

Vengono, quindi messi da parte, altri "esperti" che fino al giorno prima parlavano del SARS- Cov-2 come di un virus pericolosissimo in quanto "assolutamente nuovo".

Certo "assolutamente nuovo", perché non è stato mai studiato prima dai virologi che, con almeno 320.000 virus ritenuti capaci di colpire i mammiferi, non si erano mai occupati di lui. Comunque sia, il Sars-Cov-2, oggi è ritenuto "discendente" (i due genomi hanno l'82% dei nucleotidi identici) del virus SARS-CoV responsabile della, famigerata, epidemia SARS. Si, ma allora perché non si dice che, in due anni, in un'area popolata da miliardi di persone quale l'Estremo Oriente la SARS ha provocato "solo" 774 vittime? Perché non si dice che quell'epidemia, nel maggio 2004, nonostante una

idJob: 1279811

ciclopica rete di monitoraggio, è scomparsa?

È probabile, quindi, una catastrofica ricomparsa del Covid-19. Assolutamente no. E lo dico non solo perché oggi, a differenza di quanto avveniva a marzo, esistono ottime terapie per curare i pochi casi che eccezionalmente potrebbero ripresentarsi qua e là. Lo dico da virologo, nonostante qualche mio collega in TV che - non pago del distanziamento a quattro metri e mezzo, in una spiaggia rovente, degli ombrelloni aperti - si domanda, con espressione sorniona, se non sarebbe opportuno imporre anche le mascherine ai bagnanti.

Davvero remota una catastrofica ricomparsa del Covid-19. Un ottimo motivo, quindi, per mettere da parte una pericolosa illusione: la vaccinazione.

Intanto una precisazione. Chi scrive ha avuto per Maestro Albert Sabin, l'inventore del vaccino antipolio, che, addirittura mi considerava il suo "pupillo". Figuriamoci, quindi, se sottovaluto l'importanza dei vaccini. Ma per alcuni virus, come il SARS-CoV-2, il vaccino potrebbe rivelarsi una chimera. Come per è stato per il vaccino contro l'AIDS, presentato come "imminente" da quasi quarant'anni. E fanno cascare le braccia dichiarazioni come quelle del viceministro della salute secondo il quale "o continuiamo a stare fermi e chiusi in casa o ci vacciniamo tutti e ci riprendiamo le nostre vite". O la sconcertante iniziativa del Governatore del Lazio che, considerato che il vaccino per il Covid-19 non c'è, vorrebbe obbligare tutti gli anziani del Lazio (pena la loro, verosimile, esclusione da eventi pubblici) e tutto il personale sanitario (pena il loro licenziamento) a vaccinarsi contro… l'influenza.

Tra l'altro questo martellamento sulla "soluzione

idJob: 1279811

vaccino", per un virus che viene presentato una sorta di maledizione biblica, ha, davvero sospette, somiglianze con quello che era stato messo in scena in occasione dell'influenza H1N1, la famigerata "influenza suina".

Il 10 agosto 2010 Margaret Chan direttrice dell'OMS dichiarava finita l'epidemia da virus A-H1N1. Conosciuta come epidemia suina (colpendo questo virus, solitamente, i maiali) si era diffusa in tutto il pianeta (258 casi accertati in Italia) portandosi via, in un anno e mezzo, "appena" 18.000 persone (quasi tutte anziane e/o già affette da gravi patologie) e facendo registrare un tasso di mortalità stimato inferiore allo 0,02% (per capirci, quello della "normale" influenza si aggira intorno allo 0,2%). Si confermavano così alcuni studi già prodotti da onesti epidemiologi che, comunque, erano stati spiazzati da altri, adottati dall'OMS, che stimavano da 2 a 7,4 milioni le persone che sarebbero morte.

Finita l'epidemia, scoppia lo scandalo dei 10 miliardi di dollari incassati dalle aziende farmaceutiche. Molti stati, sin dall'inizio dell'epidemia, avevano già erogato una caparra per la fornitura di vaccini che, comunque, sarebbero stati forniti (e pagati) solo quando l'OMS avrebbe dichiarato la catastrofica "fase sei", la "pandemia". L'11 giugno 2009 - mentre l'epidemia, che già si stava dimostrando meno grave di una "normale influenza e che, secondo le dichiarazioni di non pochi virologi ed epidemiologi, stava conoscendo un declino – l'OMS proclama la "fase sei".

Quello che era successo poco prima venne pubblicato, non da qualche sito "complottista" ma dalla rivista tedesca Der Spiegel: «*A metà maggio, circa tre settimane prima che l'influenza suina venisse dichiarata*

Pandemia, trenta rappresentanti di aziende farmaceutiche si incontrarono con il Direttore Generale della OMS, Margaret Chan e con il Segretario Generale delle Nazioni Unite, Ban Ki Moon, nei quartier generali della OMS. L'industria dei vaccini era primariamente interessata ad una questione: la decisione di dichiarare la fase 6. La fase 6 sarebbe servita da interruttore che avrebbe permesso di far suonare i campanelli dei registri di cassa della industria farmaceutica, senza rischi, perché molti contratti per i vaccini erano già stati firmati. Per esempio, la Germania nel 2007 aveva firmato un accordo con l'azienda Britannica GlaxoSmithKline (GSK) per comprare il suo vaccino pandemico non appena fosse stata dichiarata la fase 6.»

Scoccata la fase 6, l'Italia si trovò a pagare alla Novartis 184 milioni di euro per ottenere 48 milioni di dosi di vaccino. Nonostante una martellante campagna in TV, solo 700.000 persone si vaccinarono; le rimanenti dosi di vaccino, dopo un fallimentare tentativo di spedirle in Africa, furono buttate via. Lo scandalo per la sospetta dichiarazione di Pandemia e la scoperta che non pochi dei consulenti assunti dall'OMS per l'emergenza A-H1N1 si facevano finanziare le loro ricerche proprio dalle aziende che producevano vaccini, fece luce su una situazione davvero sconsolante.

Dal 1985 (quando buona parte degli stati ridussero le loro quote di partecipazione) le attività dell'OMS venivano finanziate da privati. Prevalentemente, aziende produttrici di farmaci e vaccini. Oggi, ad esempio, dopo gli USA, il secondo donatore dell'OMS è la Fondazione Bill & Melinda Gates, impegnatissima a promuovere i vaccini. Altro grande finanziatore dell'OMS, il GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization), un

idJob: 1279811

consorzio composto da fondazioni private (tra le quali la suddetta Fondazione Gates e la Rockefeller Foundation) la Banca Mondiale, la IFPMA (Federazione internazionale delle associazioni dei produttori farmaceutici), Stati – tra i quali Francia, Italia, Paesi Bassi, Regno Unito…. – e privati filantropi.

I vaccini sono, così, tornati ad essere una risorsa fondamentale per il business delle aziende farmaceutiche. Una risalita già cominciata decenni fa a seguito del dilagare di psicosi di massa legate al cosiddetto bioterrorismo.

Già durante la guerra contro l'Iraq nel 1991, il governo Bush era riuscito ad imporre a molti soldati un cocktail di vaccini contro le armi biologiche, non ancora autorizzato dalla Food and Drug Administration e che, secondo alcuni ricercatori, fu responsabile di una serie di patologie, conosciute come "sindrome del Golfo". Nel 2002 furono prodotte e acquistate dal governo USA milioni di dosi di vaccino antivaioloso a seguito dell'inverosimile ipotesi che il virus del vaiolo (eradicato dal nostro pianeta e, dopo il 1978, conservato in soli due supersorvegliati laboratori, potesse finire nelle mani di terroristi. Nel 2003, negli Stati Uniti, furono prodotte e acquistate dal governo ottanta milioni di dosi di vaccino contro l'antrace a seguito della ancora oggi enigmatica disseminazione di buste contenenti spore di antrace.

Questa nuova corsa al vaccino servì a far rimuovere la norma - stabilita, nel 1968, dalla Corte di appello federale degli Stati Uniti - che obbligava le case farmaceutiche al rimborso di danni prodotti da loro vaccini. Norma che, ripresa da molti altri, stati ha fatto

idJob: 1279811

crescere a dismisura il business mondiale dei vaccini che - secondo una stima di Fortune Business Insights del 2018 – ha conosciuto un tasso di crescita del 10,7% l'anno. Che, oggi, con il Covid-19, sarà arrivato alle stelle considerando l'impennata delle quotazioni in borsa delle sei multinazionali (Bristol-Myers-Squibb, GlaxoSmithKline, Sanofi-Aventis, Novartis, Hoffmann-La Roche, Merck) che coprono quasi la metà del business mondiale dei vaccini.

A consolidare l'espansione del business vaccini provvede la GAVI Alliance, una partnership nata nel 2000 ed egemonizzata dalla Melinda & Bill Gates Foundation, dalla Fondazione Rockefeller, dalla Banca Mondiale, dalle multinazionali produttrici di vaccini e da altri benefattori. La GAVI Alliance ha già fatto vaccinare circa 400 milioni di persone (per lo più bambini) del cosiddetto Terzo mondo e, nel 2018, prometteva di vaccinarne, entro il 2025, altri 300 milioni contro una serie di infezioni quali difterite, tetano, tubercolosi. In un mio precedente libro ("10 cose da sapere sui vaccini", Newton Compton 2018) mi ero soffermato proprio sulla follia della vaccinazione antitubercolare condotta dalla Gavi. Una campagna vaccinale; ne riporto qui un brano.

«*Le critiche alla GAVI Foundation che hanno visto come protagonisti non pochi intellettuali ed esponenti politici hanno toccato l'apice davanti a quella che è stata la più famosa campagna portata avanti da questo progetto, quella per la vaccinazione contro la tubercolosi, immortalata da manifesti e locandine che invitavano ad effettuare una donazione (scalabile dalla dichiarazione dei redditi) con la frase ad effetto: «GAVI: la tubercolosi si può sconfiggere», e mostravano*

l'immagine di una fila di bambini africani, ben nutriti e sorridenti, davanti ad un bonario medico pronto a vaccinarli. Il fine di questa campagna era certamente nobile. La tubercolosi, infatti, secondo i dati dell'OMS, nel 2016 si è portata via dal nostro pianeta circa due milioni di persone, mentre il tasso di declino dell'incidenza di questa infezione è rimasto all'1,5% tra il 2014 e il 2015. Ma pochi sanno che il bacillo della tubercolosi (Mycobacterium Tubercolosis) è presente in circa un terzo della popolazione mondiale. Un'infezione silente che non produce danni finché non subentrano denutrizione e condizioni igieniche critiche, a seguito di fenomeni quali crisi economiche, guerre, accaparramento di terre fertili, con il conseguente esodo di milioni di disperati che vanno a vivere negli slum delle metropoli. Da questo punto di vista, concentrarsi esclusivamente sull'immunoprofilassi antitubercolare per sradicare questa infezione resta una pericolosa illusione, anche perché il batterio della tubercolosi, che già mostra una crescente resistenza ai farmaci, potrebbe, al pari di altri, sgusciare tra le maglie di una pur gigantesca campagna vaccinale. E magari selezionare un ceppo ancora più devastante per la specie umana.»

Questa pretesa di medicalizzare a tutti i costi quello che, invece, è un problema sociale e politico si direbbe essere l'asse portante della GAVI Alliance. Una tendenza culturale che, purtroppo sta ottenendo sempre più seguito arrivando a legittimare, ad esempio, incredibili vaccinazioni come quella che – a leggere articoli pubblicati su pur prestigiose riviste scientifiche come Journal of the American Chemical Society - dovrebbe insegnare al sistema immunitario a produrre

idJob: 1279811

anticorpi contro l'eroina riducendone gli effetti psicoattivi anche di 15 volte. Un vaccino finora testato su scimmie da laboratorio e per il quale, a breve, dovrebbe essere autorizzata la sperimentazione clinica sull'uomo. O come un vaccino che agisce sui recettori della nicotina, l'ormai imminente "vaccino antifumo".

Vi sono poi altri vaccini, in pole position, che dovrebbero essere acquistati in quantità dai governi. Negli USA, ad esempio, si sta discutendo di inoculare vaccini che inibiscono la glucosiltransferasi che caratterizza la carie dentale; una affezione che sta diventando una "epidemia" negli USA dove ci sono decine di milioni di homeless. E così, invece di permettere a questi disperati almeno di potersi lavare i denti, fornendo acqua e uno spazzolino, si pensa di condannarli a chissà quale sorte vaccinandoli.

A favorire la diffusione di vaccini contribuiscono oggi rivoluzionarie tecniche. I vecchi vaccini, infatti erano ottenuti partendo da organismi attenuati o uccisi (vaccino contro la poliomielite o la rabbia) o organismi inattivati (contro il colera); oggi, invece, per la produzione di vaccini si pensa di utilizzare soltanto l'RNA dell'agente batterico o virale che si vuole combattere e iniettarlo nell'organismo attraverso nanoparticelle. Le cellule dell'organismo dovrebbero cominciare così a produrre la proteina virale o batterica in questione che, riconosciuta come estranea, dovrebbe attivare il sistema immunitario. Una strategia – a parere di chi scrive – non priva di pericoli in quanto, pretendendo di ridurre l'identità di un sistema complesso come un virus o, addirittura, un microbo, si rischia di scatenare nell'organismo così "vaccinato" reazioni imprevedibili. Ma che importa?! Il procedimento basato

idJob: 1279811

sull'RNA ricombinato e nanoparticelle permetterebbe di ridurre clamorosamente i costi di produzione del vaccino. E tanto basta.

Ma torniamo alla GAVI Alliance. Questa, nell'ottobre 2019, ha patrocinato *Event 201* la simulazione di una pandemia che aveva come focolaio iniziale il Brasile e che comportava la morte di 65 milioni di persone nel mondo. Va da sé che, essendosi svolta due mesi prima l'epidemia COVID, questa simulazione ha scatenato strampalate teorie "complottiste" che consideravano *Event 201* una prova generale dell'epidemia COVID. Peccato che quasi nessuno si sia soffermato sull'evidente scopo di quella simulazione, ripresa da innumerevoli TV, che concludendosi la catastrofica epidemia con il salvifico arrivo del vaccino era, sostanzialmente, uno spot pubblicitario per promuovere i vaccini.

Ma a promuovere i vaccini provvedono anche dichiarate lobby che affollano i Palazzi dell'Unione Europea. A Bruxelles - capitale mondiale del lobbysmo - ad influenzare le decisioni dei dirigenti e dei parlamentari europei provvedono ben 11.801 gruppi di pressione elencati nel Registro della Trasparenza istituito dalla Commissione Europea. Quelli che curano gli interessi delle aziende produttrici di farmaci e vaccini, intruppati nella European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), - secondo il Rapporto dell'Unione Europea "Policy prescriptions the firepower of the EU pharmaceutical lobby and implications for public health" dichiarano di spendere 40 milioni di euro ogni anno.

Soldi spesi – vogliamo immaginare - per convincenti conferenze e dossier. Con cos'altro si potrebbe

idJob: 1279811

convincere ad approvare programmi come la Roadmap on Vaccination che, in un documento datato 12 settembre 2019, illustra le modalità – tra le quali orwelliane campagne mediatiche per imporli - per spianare la strada all'obbligatorietà dei vaccini nei paesi dell'Unione Europea?

Ma occupiamoci ora dell'agognato vaccino contro il Covid-19 che, come già detto, si direbbe essere una chimera. Intanto una domanda. Perché mai dovremmo vaccinarci per immunizzarci contro il virus SARS-COV-2? Domanda che potrebbe apparire scandalosa ai tanti terrorizzati da quello che trasmetteva la TV e dalla prospettiva di un "ritorno del virus". Domanda più che legittima se ci si sofferma su alcune evidenze scientifiche.

Intanto, qual è il tasso di letalità (e cioè quante persone uccide su quelle che infetta) di questo virus? Come già detto – e come ci auguriamo venga analizzato da una Commissione parlamentare di inchiesta - in Italia la tragedia Covid-19 è stata determinata dal Governo che, invece di fare quello che ha fatto Angela Merkel il 10 marzo 2020, e cioè annunciare in TV che il virus avrebbe infettato il 60- 70% dei tedeschi (e che per rallentare l'avanzata del contagio era fondamentale attivare misure di diradamento quali, ad esempio, evitare assembramenti di folla negli stadi, nelle discoteche…) ha deciso, il 7 marzo, nella folle pretesa di bloccare il contagio, di chiudere tutti gli Italiani in casa. E, per costringerli a restare a casa ha permesso, o addirittura favorito, una terrorizzante informazione. Ancora peggio lo ha fatto travisando i dati; presentando cioè, come infettati solo coloro che risultavano positivi ai pochi

idJob: 1279811

tamponi disseminati qua e là dalle Regioni e come "morti per coronavirus" tutti coloro che, deceduti, avevano traccia del virus, anche coloro che erano morti per gravi patologie pregresse o per gli insulti della vecchiaia.

Questa strategia del terrore (che faceva registrare in Italia un tasso di letalità del virus 28 volte superiore a quello che si registrava in Germania), come già detto, ha impedito ai medici di recarsi a casa dei loro pazienti i quali, trasportati negli ospedali, sono morti per infezioni ospedaliere (che, in Italia, già si portano via, ogni anno, 50.000 persone). Ne è risultata una ecatombe.

Si, ma qual è, allora, il tasso di letalità del virus? Ovviamente, questo dipende anche dalla efficacia delle cure. Comunque, già a fine marzo - quando ancora non venivano utilizzati farmaci come l'idrossiclorochina, l'eparina o la sieroterapia – il tasso di letalità del SARS-COV-2 era calcolato intorno allo 0,1%, addirittura più basso di quello di molti virus influenzali. Ha senso per un virus caratterizzato da un tasso di letalità così basso, vaccinare tutta la popolazione? Si direbbe non chiederselo quasi nessuno, anche perché quasi tutti stanno invocando l'arrivo del vaccino.

Ma quando arriverà questo vaccino? Per avere una risposta è il caso di dare una occhiata ad alcune caratteristiche del virus.

Come tutti i coronavirus, il SARS-CoV-2 ha la forma di una sfera costellata da spuntoni (in inglese, *spike*) costituiti da una proteina - detta S o (*spike protein*) - con cui il virus riesce a penetrare nelle cellule umane. Questa proteina – come evidenziato da un modello tridimensionale realizzato, con cristallografia a raggi X – si comporta, in realtà, come una sorta di tentacolo

idJob: 1279811

particolarmente compatto che crea con il recettore umano legami quattro volte più forti, rispetto a quelli degli altri coronavirus garantendo al SARS-CoV-2 una elevata capacità di contagio.

Per spezzare questa capacità i ricercatori si sono orientati verso tre tipologie di vaccini: vaccino a RNA (una sequenza di RNA sintetizzata in laboratorio che, una volta iniettata nell'organismo umano, induce le cellule a produrre una proteina simile a quella a quella del virus facendo così produrre anticorpi che neutralizzano l'attacco virale); vaccino a DNA (con un meccanismo è simile al precedente); vaccino proteico (utilizzando la sequenza RNA del virus, si sintetizzano proteine o frammenti di proteine del capside virale per far produrre all'organismo umano anticorpi).

Ma c'è un problema: l'elevata mutabilità della *spike protein* che renderebbe il vaccino assolutamente inutile quando si troverà ad affrontare una proteina diversa da quella per la quale era stato progettato. Si, ma ogni quando cambia questa proteina? Essendo un virus che viene studiato da appena qualche mese non possono esserci dati affidabili; ma quelli che abbiamo sono davvero sconfortanti considerando che, da gennaio ad aprile, ci sarebbero state circa 7 significative mutazioni nella proteina.

Nonostante ciò sui media è tutto un fiorire di articoli che inneggiano all'imminente arrivo del vaccino contro il SARS-CoV-2; articoli spesso conditi dall'annuncio che i test effettuati su topi o su cavie umane (il 23 aprile, secondo L'Organizzazione mondiale della sanità erano ben 83 i potenziali vaccini contro Covid-19 in fase di valutazione, di cui 7 approvati per essere testati sull'uomo) hanno dato "buoni risultati". Più o meno

idJob: 1279811

come per il virus contro l'AIDS, presentato come "imminente" per quasi quarant'anni. E che, nonostante i miliardi di dollari finora spesi, ancora non c'è.

Ma allora è vero quello che ci raccontano in TV? Che dobbiamo "abituarci a convivere" con questo virus? Prima di rispondere, meglio ribadire alcune questioni.

Intanto sta aumentando a dismisura il numero dei tamponi negativi al virus. Questo, ovviamente, per il Governo e le Regioni che finora di tamponi ne avevano disseminati pochissimi e che non hanno mai fatto una indagine sierologica di massa, significa che la strategia del lockdown "ha funzionato" evitando la diffusione del contagio; non che i milioni di contagiati da SARS-COV-2 in Italia sono guariti e, quindi, risultano "negativi al tampone".

Comunque, quando, e se, in Italia si farà – come è già stata fatto in moltissimi altri Paesi – una indagine sierologica degna di questo nome si evidenzierà (come già evidenziato da indagini fatte da privati, sulle quali ci siamo già soffermati) che moltissime persone hanno prodotto naturalmente anticorpi per questo virus. Basteranno questi per impedire un ritorno dell'infezione? A parere di chi scrive si, ritenendo la naturale risposta immunitaria dell'organismo immensamente più efficace di tanti vaccini (si veda, ad esempio, quelli, oggi obbligatori, contro il morbillo, la pertosse, la rosolia, la varicella...).

È probabile, quindi, che un possibile "ritorno del SARS-COV-2 ", il famigerato "*Second Wave*", se pure ci sarà, si ridurrà a pochi malati che - avendo, oggi, soddisfacenti terapie e, finalmente, un numero sufficiente di posti di rianimazione - non dovrebbero comportare particolari problemi.

idJob: 1279811

Nonostante ciò, quello che, per il dopo estate, paventano gli "esperti" intruppati o no in qualcuna delle tante task force - appare davvero sconfortante. Intanto la vaccinazione obbligatoria contro l'Influenza: una misura assolutamente insensata sia perché l'attuale vaccinazione antinfluenzale risulta inefficace per circa il 30% dei vaccinati (i quali, si ammalano, spesso, di gravi forme influenzali), sia perché il vaccino antiinfluenzale non agisce affatto sul virus SARS-CoV-2 che, tra l'altro, trovando un organismo con un sistema immunitario già impegnato dal vaccino antinfluenzale, troverebbe una più agevole strada per infettare.

Poi l'obbligo di mascherine per tutti, anche per i bambini sopra i sei anni. Poi il rispetto delle distanze di bio-sicurezza che, ad esempio - considerato che i tagli economici impongono 34 alunni per aula – significa didattica e distanza e cioè bambini a casa che qualcuno dovrà pur sorvegliare. Poi la formazione dei medici di Medicina generale, impudicamente affidata direttamente alle case farmaceutiche (la SANOFI, grande produttrice di vaccini, secondo le decisioni della Federazione italiana medici di medicina generale)…

L'elenco delle misure meramente vessatorie e assolutamente inutili da un punto di vista sanitario, che si prospettano potrebbe continuare a lungo. Meglio quindi, porsi una domanda. In nome di quale pericolo si imporrebbero queste misure? Essendo impossibile (anche se ci fosse la stessa gestione di marzo-maggio) il riproporsi delle terrificanti scene viste in TV, si drammatizzerà oltre ogni immaginazione, qualche caso di nuovo tampone positivo. Anche se, verosimilmente, il "pezzo forte" della prossima mediatica "emergenza" sarà, certamente, la Malattia di Kawasaki.

idJob: 1279811

La Malattia di Kawasaki (dal nome del pediatra giapponese Tomisaku Kawasaki che cinquant'anni fa ha descritto per la prima volta la patologia) tende a presentarsi, in bambini d'età inferiore ai 4 anni, con una gamma di sintomi quali febbre prolungata, congiuntivite non secretiva, esantema, congiuntivite, linfoadenopatie e un'infiammazione acuta dei vasi sanguigni di piccolo e medio calibro che, potendo interessare anche le arterie coronariche, può determinare un aneurisma. Pericolo scongiurato con somministrazione di aspirina e immunoglobuline EV. Sconosciuta la causa di questa rara malattia (si suppone possa essere di origine genetica o autoimmune) che colpisce - con l'insorgere dei sintomi una volta ogni tanto - ogni anno in Italia 300 bambini tra i quali non si registra nessun decesso.

Il collegamento di questa malattia con il virus SARS-CoV19 è stato fatto, a maggio per la prima volta, su tabloid inglesi evidenziando in prima pagina la positività al tampone di alcuni bambini che manifestavano alcuni sintomi ascrivibili alla Malattia di Kawasaki.

Subito la notizia (condita con un'altra sulla morte di alcuni bambini negli USA presentati come affetti dalla Malattia di Kawasaki) ha fatto il giro del mondo nonostante in Gran Bretagna non pochi bambini che manifestavano gli stessi sintomi risultassero negativi al tampone. A rendere più drammatica la storia, la "scoperta" di un numero sempre più elevato di bambini che, manifestando solo alcuni dei sintomi che caratterizzano la malattia di Kawasaki; e che vengono intruppati, dai giornali, tra i martiri del COVID-19 solo se risultano positivi al tampone, circostanza probabile considerata l'ubiquità di questo virus.

idJob: 1279811

Si diffonde così, anche da noi, la leggenda della «*malattia di Kawasaki, con qualche aspetto atipico*» provocata dal virus SARS-CoV19; leggenda fatta propria, purtroppo, anche da medici che, basandosi sui soli dati ufficiali, ritengono – al di là di ogni logica - siano state solo 229.327 (dati ufficiali del 24 maggio) le persone colpite dal virus SARS-CoV19in Italia.

idJob: 1279811

Conclusioni

La ricostruzione dell'emergenza COVID-19 in Italia finisce qui; il seguito, oltre che nelle nuove edizioni del libro, nel sito www.Covid-19-bastapaura.it. È possibile comunque, già ora, trarre alcune sintetiche conclusioni.

Se questa emergenza è diventata una ecatombe, la responsabilità è certamente di chi, non avendo pianificato nulla per affrontare l'epidemia, l'ha dapprima ritenuta impossibile (vedi #milanononsiferma) e poi ha preteso di bloccarla costringendo tutta la popolazione a stare chiusa a casa. E, per fare questo, si è ricorso – oltre ad una terroristica informazione - ad una evidente falsità: considerare contagiati SOLO coloro che risultavano positivi ai pochi tamponi disseminati qua e là dalle Regioni e considerare come "morti per Covid" TUTTI coloro che, prima o dopo la morte, risultavano positivi al tampone.

Si è istituzionalizzato, così, in Italia un tasso di letalità del virus SARS-CoV-2 elevatissimo (28 volte superiore a quello della Germania) che, certamente, convinceva tutti a restare a casa ma che, impedendo visite al domicilio di persone che mostravano qualche sintomo sospetto (medicina territoriale), mandava queste a morire negli ospedali (dove già si registrano ogni anno 50.000 morti per infezioni ospedaliere).

Successivamente, con l'allentamento delle "misure profilattiche" - imposto per dare una, pur flebile, boccata di ossigeno alle tante attività economiche che stavano

idJob: 1279811

morendo - per mantenere il consenso, invece di puntare su un rapido ripristino della normalità, come avveniva in altri paesi, basandosi sui milioni di ipocondriaci creati dalla gestione della emergenza, si sono pianificate, per fronteggiare un fantomatico "ritorno dell'epidemia" nuove "misure profilattiche" assolutamente insensate dal punto di vista sanitario, come l'obbligo della vaccinazione antiinfluenzale o della mascherina a scuola.

Se questo è potuto accadere, gravissima è la responsabilità di tanti cialtroni, presentati come "scienziati", che, non solo hanno taciuto sulle follie di questa gestione dell'emergenza, ma che, continuano ad assecondarle, sperano, così, di potere essere ancora utili ai loro sponsor per farci accettare una società fatta di assurdi divieti e di vaccini. Il tutto mentre continua ad impazzare una diffamatoria campagna stampa contro chiunque si permette di evidenziare le follie che ha costellato questa gestione dell'emergenza che, oltre ad aver provocato un numero spropositato di morti, ha gettato nella miseria milioni di Italiani.

È possibile che le voci critiche su questa gestione dell'emergenza, che già si sentono qua e là, portino ad una Commissione di inchiesta parlamentare degna di questo nome e, cosa ancora più importante, ad un risveglio dei tanti oggi intrappolati nell'ipocondria? Lo spero. Nonostante quello che sentenziava Mark Twain: «*È più facile ingannare la gente piuttosto che convincerla di essere stata ingannata*.»

Giulio Tarro, 27 maggio 2020

idJob: 1279811

GLOSSARIO

Qui di seguito alcuni termini dell'epidemia Covid-19 la cui spiegazione, se inserita direttamente nel testo, ne avrebbe appesantito la lettura.

Contact tracking: Nei primi tempi del Covid-19, quando ci si illudeva che i contagiati fossero pochi e, quindi, compito prioritario avrebbe dovuto essere la loro rapida identificazione e il conseguente confinamento a casa, ha preso piede - soprattutto in Corea del Sud, Cina e Singapore – l'utilizzo di app contact tracking da installare nel cellulare. Iniziativa ben presto ridimenzionatasi e, in alcuni casi, abbandonata, non certo per le proteste di chi intravedeva in questo sistema l'inizio di un orwelliano sistema di controllo, ma per almeno due fattori.

Intanto il sistema, per garantire una soddisfacente operatività avrebbe dovuto essere installato da almeno il 60% della popolazione: nella Corea del Sud, paese leader per questo sistema di tracciamento, la percentuale è stata del 20%, anche per il grande consumo della batteria determinato da questa app. Il secondo fattore è stato la comprensibile ritrosia da parte di molti contagiati ad essere catalogati come tali in un sistema di

idJob: 1279811

tracciamento che, utilizzando il bluetooth avvisava della loro presenza chi stava intorno; stessa preoccupazione da parte di negozi e locali pubblici nei quali la dichiarata presenza di un contagiato faceva diminuire il numero dei clienti.

In Italia l'app "Immuni", che avrebbe dovuto essere l'app ufficiale per il contact tracking, si è rivelata una chimera, sostanzialmente perché i contagiati "ufficiali" da Covid-19 sono risultati, anche per i programmatori di questa app, clamorosamente sottostimati.

SARS-CoV-2: È il nome del nuovo virus emerso per la prima volta in Cina verso la fine del 2019. All'inizio dell'epidemia era chiamato 2019-nCov, ma poi l'International Committee on Taxonomy of Viruses dell'Organizzazione mondiale della Sanità lo ha ribattezzato nell'attuale Sars-Cov-2 per sottolineare la parentela con il coronavirus responsabile della Sars, con cui condivide all'incirca l'80% del genoma) e l'affinità delle manifestazioni cliniche delle due infezioni. Il Sars-Cov-2, appartiene all'ampia sotto-famiglia dei Coronavirus, così detti per le punte a forma di corona che sono presenti sulla loro superficie, che fino a qualche anno fa causavano banali infezioni come il raffreddore; nel 2002 hanno causato la grave epidemia detta SARS (sindrome respiratoria acuta grave) e nel 2010 l'altrettanto grave a MERS (sindrome respiratoria mediorientale). La similitudine con questi due virus – che avevano un tasso di letalità molto più elevato di quello del SARS-CoV-2- lascia, comunque ben sperare in quanto sia la SARS sia la MERS sono, sostanzialmente, scomparse in poco tempo.

idJob: 1279811

L'origine del SARS-CoV-2 è da ricercare in una delle tante mutazioni che si verificano con il passaggio dei virus in varie specie di animali. L'ipotesi più accreditata suggerisce che questo virus sia nato da uno ospitato comunemente in un serpente, il *Bungarus multicinctus*, (che veniva venduto nel mercato umido di Wuhan, specializzato in carne di animali selvatici) il quale sarebbe stato, a sua volta infettato da altre specie di animali, tra i quali i pipistrelli. Questi animali, sono anche riconosciuti come il serbatoio naturale di oltre 100 altri virus tra cui MERS, il virus Ebola, il virus Marburg, il virus Hendra, il virus della Rabbia e il virus Nipah, per citarne alcuni. I pipistrelli, infatti, vivendo in colonie con un'alta densità di animali in spazi limitati quali caverne, grotte, soffitte disabitate, favoriscono la trasmissione virale all'interno della colonia. Inoltre, i pipistrelli volando possono diffondere i loro virus in aree più estese rispetto alla maggior parte dei mammiferi che si muovono sul terreno.

Nella specie umana il Sars-Cov-2 si diffonde principalmente con l'inspirazione delle goccioline di saliva (**droplets**) espirate da una persona infetta anche non sintomatica; una persona può comunque infettarsi anche toccandosi occhi, naso o bocca dopo aver toccato una superficie o un oggetto su cui è presente il virus. Per tali motivi l'Organizzazione Mondiale della Sanità consiglia una distanza di bio-sicurezza di almeno un metro da un soggetto potenzialmente infetto e di lavarsi spesso le mani.

idJob: 1279811

COVID-19 ("Co" e "vi" per indicare la famiglia dei Coronavirus, "d" per indicare la disease/malattia, "19" per identificare l'anno di scoperta del virus: 2019). Questo nome, assegnato, l'11 gennaio 2020, dalla Organizzazione Mondiale della Sanità indica la malattia provocata dal virus, nominato nella stessa data, SARS-CoV-2. Comunemente, comunque, si continua ad utilizzare il termine Covid-19 per indicare sia la malattia sia il virus che la provoca.

L'infezione, in circa l'80% dei casi, non provoca alcun sintomo. Negli altri casi, dopo 1-14 giorni dall'infezione, si hanno sintomi quali febbre, stanchezza, tosse secca difficoltà a riconoscere odori e sapori. La maggior parte delle persone ammalate guarisce senza aver bisogno di cure particolari; non così in molte persone anziane e/o affette da gravi sintomatologie. Per qualche tempo si è creduto che la principale causa di morte da SARS-CoV-2 potesse essere la polmonite interstiziale che, attaccando i polmoni nella loro parte più profonda, impedisce la respirazione. Oggi ci si è resi conto che a determinare la morte non è la compromissione dei polmoni, bensì la formazione coaguli nel sangue. Pertanto la primigenia terapia di urgenza, basata sul ventilatore polmonare, ha lasciato il posto ad altre, prima tra tutte la trasfusione di plasma contenente anticorpi al virus. Questo ha determinato una netta diminuzione del tasso di letalità del SARS-CoV-2, oggi inferiore a quello che caratterizza molti altri agenti patogeni.

idJob: 1279811

Epidemiologìa: è una disciplina biomedica che studia, tra l'altro, come si manifestano le malattie e le condizioni che favoriscono od ostacolano il loro sviluppo. Per quanto riguarda le epidemie essa si basa sulla definizione di alcuni indici dell'agente infettante. Tra questi: la **Letalità** (indica il rapporto tra il numero dei decessi causati da una infezione e quello degli infetti), la **Mortalità** (indica il numero di decessi in rapporto alla popolazione esposta all'infezione), **l'Infettività** (il numero di microrganismi che servono a infettare un individuo e la facilità con la quale l'infezione si trasmette), la **Stabilità** (il periodo di tempo in cui il patogeno rimane infettivo fuori dall'ospite, sulle superfici per esempio) il **R0 - Numero di Riproduzione di Base** (numero di nuovi casi generati, in media, da un singolo caso durante il proprio periodo infettivo, in una popolazione che altrimenti non sarebbe infetta)…

Per definire quale sarà l'andamento del contagio, l'Epidemiologia si basa su **modelli matematici** (in gran parte derivati dal modello proposto da Kermack e McKendrick nel 1927) e su dati - raccolti, per lo più, con indagini sierologiche - volti ad identificare il numero dei: suscettibili all'infezione, infetti/infettivi, guariti dopo aver contratto la malattia, soggetti non infettabili perché immuni o isolati, soggetti con immunità o infettività dalla nascita, portatori (carrier) asintomatici, soggetti ospedalizzati, soggetti in quarantena… Il tutto finalizzato ad indicare le misure di emergenza che, nel caso delle epidemie si riducono a **misure di contenimento** dell'infezione (si attuano, prima del dilagare dell'infezione si quando, scoperto un "focolaio infettivo" si tenta di isolarlo attraverso un cordone sanitario) e **misure di mitigazione** (solitamente divieto

di assembramenti, finalizzati a rallentare l'avanzata del contagio e quindi ridurre l'entità del cosiddetto **picco epidemico.**

Durante una epidemia, infatti, il contagio avanza con modalità esponenziale: ad esempio, il primo giorno i contagiati sono 2, il secondo 4, il terzo 16, il terzo 256… Questo rischia di determinare, durante il picco epidemico, il contemporaneo riversarsi negli ospedali di un enorme numero di malati che rischiano così di non ricevere adeguata assistenza. Per questo si cerca con le misure di contenimento di "spalmare" questo numero di malati nel più lungo tempo possibile. Questa strategia è stata abbastanza agevole, ad esempio, in Germania dove, nonostante i tagli alla Sanità i posti in rianimazione sono stati poco ridotti e dove si sono avuti un basso numero di morti e misure di contenimento molto più blande che da noi, dove i posti in rianimazione sono stati ridotti ad un quinto in pochi anni. Anche per questo, in Italia si è attuata la "**quarantena"** (termine mutuato dall'usanza, durante le epidemie del passato, di segregare in casa i malati per quaranta giorni) detta anche **lockdown** per tutta la popolazione, una misura che non è stata attuata nemmeno in Cina dove il lockdown ha riguardato solo una piccola parte del miliardo e quattrocento milioni di Cinesi. La tragedia è che, in Italia, per costringere la popolazione a restare a casa, il Governo ha disseminato il terrore assegnando al virus (presentando basso il numero dei contagiati e alto quello dei "morti per Covid-19) un tasso di letalità 28 volte più alto di quello che si registrava in Germania. Questo, tra l'altro, ha impedito ogni servizio di assistenza medica domiciliare (che funzionava abbastanza bene durante le passate epidemie influenzali) costringendo i pazienti, soprattutto anziani,

idJob: 1279811

che manifestavano difficoltà respiratorie a essere trasportati negli ospedali. Dove sono morti, in gran numero, per infezioni ospedaliere (che già normalmente" si portano via, ogni anno in Italia, 50.000 persone).

Un altro importante aspetto studiato dall'epidemiologia è l'**immunità di gregge** che si realizza quando l'elevato numero di soggetti immuni ad un agente patogeno (o perché sono vaccinati o perché l'hanno già contratto e sono guariti) rende quasi impossibile la diffusione del contagio. La soglia per l'immunità è diversa da malattia a malattia e può essere stabilita attraverso capillari campagne miranti ad identificare la presenza, in un gran numero di persone, di anticorpi. Campagne che, al momento, (maggio 2020) non sono nemmeno iniziate.

Spillover o Salto di specie È un processo, che si perpetua da sempre, che vede un agente patogeno degli animali evolversi diventando capace di infettare, riprodursi e trasmettersi all'interno della specie umana. Gli agenti patogeni che determinano zoonosi (e cioè malattie che si trasmettono dall'animale all'uomo) sono solitamente i virus (in particolare quelli a RNA, come i coronavirus, che, avendo un tasso di mutazione molto elevato, possono produrre nuove versioni delle proteine del capside in grado di riconoscere cellule umane, penetrare in esse e replicarsi.

Il salto di specie avviene in genere a seguito di un contatto prolungato tra l'uomo e l'animale portatore del patogeno originale: nel caso dei virus, ad esempio, possono essere necessari vari "tentativi di salto" da parte di ceppi virali che mutano casualmente. Grazie a questi

idJob: 1279811

salti di specie l'umanità, ha ereditato infezioni tipiche degli animali, in particolare quelli di allevamento come i suini diventati, un serbatoio per l'adattamento del virus dell'Influenza A da altre specie animali (quali gli uccelli) all'uomo. Comunemente si pensa che sia l'estremo oriente (in particolare la Cina dove gli allevamenti a scala familiare dei suini sono molto diffusi) sia la "patria" delle annuali epidemie influenzali che percorrono il nostro pianeta (da qui il nome "influenza di Hong Kong", "di Pechino", "l'asiatica"…) In realtà, questo è vero solo in parte, recenti studi, ad esempio, attestano che la famosa Influenza Spagnola del 1918-19 sarebbe stata incubata (da virus di uccelli) in allevamenti ubicati nel Nord-America; da qui, ritrasmessa agli uccelli, l'infezione si sarebbe trasmessa in tutto il mondo. La Covid-19, invece, sarebbe nata da un complesso passaggio del virus dal pipistrello ad una serie di mammiferi (forse il pangolino e/o il procione) e, quindi, all'uomo.

Mascherine e DPI ispositivi di Protezione Individuale: Le **mascherine chirurgiche**, al pari di foulard o sciarpe, certamente non servono a impedirci di respirare gli innumerevoli contaminanti (batteri, funghi, spore di muffe, spore di lieviti, protozoi, fermenti, acari, feci di acari… e, soprattutto, virus) che popolano anche l'aria più "salubre". No, esse servono sostanzialmente a schermare l'aria (in entrata o in uscita) rallentando e riducendo il getto di goccioline (dette anche **droplets**) che, se provenienti dal respiro di un infettato, possono contenere l'agente patogeno. In tal senso, l'uso di mascherine è consigliato (o imposto) all'inizio di una

epidemia quando il loro uso può rallentare l'avanzata del contagio.

Ovviamente, non è stato così in Italia dove, agli inizi dell'epidemia - considerata l'assenza di mascherine "certificate con marchio CEE" (che non è chiaro cosa garantiscano più un foulard o di una sciarpa sulla faccia), l'uso di mascherine non veniva né imposto né consigliato e, anzi, venivano dileggiati in TV dalle autorità sanitarie nazionali coloro che osavano fabbricarsele in casa. Situazione completamente capovolta oggi quando la fase calante dell'epidemia dovrebbe consigliare di favorire il completamento del contagio in tutta la popolazione. Ovviamente, così non è l'uso della mascherina per strada, questa volta, è obbligatorio in quasi tutte le regioni. Ovviamente, anche ora le famose mascherine certificate, che avrebbero dovuto essere vendute a 50 centesimi in farmacia, non si trovano. Così, ora, le stesse autorità sanitarie nazionali di prima consigliano agli italiani di fabbricarsele a casa.

I **dispositivi di protezione individuale (DPI)** per Covid-19 consistono - oltre che in schermi in plexiglass trasparente, guanti e tute – in vari tipi di dispositivi facciali filtranti dotati di una zona filtrante caratterizzata da differenti livelli di porosità FFP "Filtering Face Piece"; il livello FP3: 23, nanometri, circa un quinto inferiore di quella del virus; FP2: 300 nanometri, circa 3 volte superiore a quella del virus) e aventi o no una valvola di esalazione o di inalazione. Quella con la valvola di esalazione è destinata agli operatori sanitari che devono lavorare a stretto contatto con gli ammalati di Covid-19. Questi dispositivi - che durando la funzionalità del filtro poche ore, devono essere continuamente sostituiti – avrebbero dovuto essere

acquistati dalle autorità italiane in gran numero già nel gennaio 2020 quando era già evidente che l'epidemia si sarebbe estesa dalla Cina al resto del mondo. Ovviamente, così non è stato. E per tutti i mesi dell'epidemia in Italia, la stragrande maggioranza degli operatori sanitari (medici, infermieri, addetti alle ambulanze) hanno dovuto lavorare, quasi sempre, senza nessuna valida protezione: 120 medici e 30 infermieri morti

Test del tampone e test sierologico: Come è noto, la presenza del virus SARS-CoV-2 viene analizzata attraverso l'inserimento all'interno del cavo orale di un bastoncino ricoperto ad una stremità da un rivestimento di corone – il cosiddetto **tampone** - che sfregando sulla superficie della mucosa tonsillare asporta del materiale che poi viene inseminato su colture. Agli esordi dell'epidemia, queste colture venivano spedite in ben pochi laboratori (in particolare quelli dell'Istituto Spallanzani a Roma e dell'Ospedale Sacco a Milano) dove, attraverso, tecniche di biologia molecolare, si identificava il materiale genetico del virus eventualmente lì presente. Oggi la standardizzazione delle procedure e l'impiego di nuovi reagenti rende molto più snella e rapida questa procedura che viene effettuata, in poche ore, da ormai numerosi laboratori convenzionati con le strutture sanitarie regionali.

Il **test sierologico**, effettuato con un prelievo di sangue, invece, cerca non il virus ma gli eventuali anticorpi – immunoglobuline IgM e IgG - che il sistema immunitario ha prodotto in risposta al virus. Per fare una stima qualitativa e quantitativa degli anticorpi si usa il

idJob: 1279811

metodo immunoenzimatico (ELISA) o il metodo immunochemiluminescente (CLIA, CMIA) considerato, generalmente, più sensibile dell'ELISA. La positività degli anticorpi non significa che non si è portatori dell'infezione ma che si è entrati in contatto con l'infezione; questa potrebbe ancora essere persistente nelle prime fasi soprattutto se il test risulta positivo per le IgM. Se cominciano ad essere presenti le IgG vuol dire che la risposta anticorpale ormai si è attivata da almeno 15 giorni e la guarigione (che può essere attestata da due tamponi negativi) è vicina anche se non chiaro se sarà possibile contrarre di nuovo il virus a distanza di qualche mese e quanto duri l'immunità. L'Organizzazione mondiale della sanità ha impiegato moltissimo tempo per certificare test sierologici inerenti il virus Sars-Cov-2 (che solo così avrebbero potuto essere adottati ufficialmente dagli stati). Questo, unito alla solitamente celere procedura dell'OMS nella certificazione di test e vaccini ha dato la stura, soprattutto su internet, a numerose supposizioni che accusavano l'OMS di rallentare volontariamente l'identificazione della reale portata dell'epidemia.

Infezioni ospedaliere: Secondo il più recente Rapporto Osservasalute, circa 50.000 persone muoiono ogni anno per infezioni ospedaliere in Italia (Paese che conta il 30% di tutte le morti per sepsi nei 28 Paesi Ue) In 13 anni, dal 2003 al 2016, il tasso di mortalità per infezioni contratte in ospedale è raddoppiato sia per gli uomini che per le donne. L'aumento del fenomeno è stato osservato in tutte le fasce d'età, ma in particolar modo per gli individui dai 75 anni in su. Una delle principali cause di questo fenomeno (assolutamente trascurato dai

media) è il progressivo peggioramento del sistema sanitario italiano e l'emergere di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, visto il largo uso di questi farmaci a scopo profilattico o terapeutico.

Per quanto riguarda i microrganismi coinvolti, variano nel tempo. Fino all'inizio degli anni Ottanta, le infezioni ospedaliere erano dovute principalmente a batteri gram-negativi (per esempio, E. coli e Klebsiella pneumoniae). Poi, per effetto della pressione antibiotica e del maggiore utilizzo di presidi sanitari di materiale plastico, sono aumentate le infezioni sostenute da gram-positivi (soprattutto Enterococchi e *Stafilococcus epidermidis*) e quelle da miceti (soprattutto Candida), mentre sono diminuite quelle sostenute da gram-negativi.

Secondo uno studio dell'Istituto superiore della sanità Circa l'80% di tutte le infezioni ospedaliere riguarda quattro sedi principali: il tratto urinario, le ferite chirurgiche, l'apparato respiratorio, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere. Tuttavia, negli ultimi quindici anni si sta assistendo a un calo di questo tipo di infezioni (insieme a quelle della ferita chirurgica) e a un aumento delle batteriemie e delle polmoniti.

Tagli alla Sanità: secondo una ricerca del GIMBE, un'organizzazione che promuove l'integrazione delle migliori evidenze scientifiche in tutte le decisioni politiche "Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale", fra tagli e minori entrate il Sistema Sanitario Nazionale ha perso negli ultimi dieci anni 37

miliardi di euro (25 miliardi tagliati nel 2010-2015 e 12 miliardi nel 2015-2019). Drastici, quindi, i tagli dei servizi: nel periodo 2009-2017 la sanità pubblica ha perso 46mila unità, tra medici, infermieri mentre i posti letto sono passati dai 575 ogni centomila abitanti del 1997 agli attuali 275. Ancora più drammatica la situazione dei posti in terapia intensiva: agli inizi dell'epidemia la Lombardia (nonostante i periodici sovraffollamenti determinati dalle epidemie influenzali) ne aveva appena 1067. A peggiorare le cose – oltre a, ormai storici, sprechi e inefficienze – l'affidamento a privati di servizi, quali le strutture di assistenza socio-sanitaria per anziani, che ha drenato risorse riducendo al lumicino importanti servizi sanitari quali la medicina territoriale moltiplicando quei focolai di infezione nei quali è dilagato il Covid-19.

Pandemia: Lo "stato di pandemia" per COVID-19 è stato proclamato, l'11 marzo 2020, dal Direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità Tedros Adhanom Ghebreyesus. Il termine "pandemia", generalmente ritenuto sinonimo di "epidemia", è stato proclamato per la prima volta dall'OMS durante la sua, contestata, gestione della epidemia H1N1 del 2009 (la cosiddetta "influenza suina").

La proclamazione dello stato di pandemia, secondo i regolamenti dell'OMS, rende molto più rapida la sua approvazione per eventuali vaccini, eliminando, tutta una serie di test e controlli. Un altro aspetto della precipitosa proclamazione dello stato di pandemia che ha suscitato polemiche è stato il suo essere connessa ai cosiddetti "Pandemic Bond" (vedi linkografia nel sito)

idJob: 1279811

obbligazioni (320 milioni di dollari) con cedole ad alto rendimento emesse dalla Banca Mondiale che avrebbero dovuto maturare il 15 e il 24 marzo.

Sistema immunitario: Stranamente, durante l'emergenza Covids19 ben poco è stato detto su una risorsa fondamentale per neutralizzare il virus: il nostro sistema immunitario.

Questo sistema si basa su due comparti difensivi. Il primo è la cosiddetta "immunità innata o aspecifica"; presente sin dalla nascita, è lo scudo fondamentale contro alcune infezioni molto comuni. Non è quindi capace di identificare, e quindi attivarsi, per agenti patogeni che conoscono continui mutamenti, quali, ad esempio molti virus (soprattutto Coronavirus). Il secondo comparto è costituito dall'immunità detta "adattativa o specifica"; riconosce anche agenti patogeni mai incontrati grazie a meccanismi estremamente complessi che coinvolgono i linfociti T e B, gli anticorpi (prodotti dai linfociti B) e una miriade di sostanze denominate citochine che attivano linfociti, fagociti e altre cellule del corpo.

Il sistema immunitario può essere gravemente compromesso da fattori quali lo stress (ad esempio, stare rintanati in casa per mesi a terrorizzarsi con quello che la TV racconta sul Covid-19) e da sbagliati stili di vita e alimentari. E può essere fortificato facendo moto e prendendo il sole. Insomma, nulla di diverso dai consigli che vi avrebbero dato i vostri cari. Certamente, non i vari "esperti," pagati (vedi la linkografia nel sito) duemila euro per dieci minuti di comparsate in TV.

idJob: 1279811

Terapie per il Covid-19: Per molto tempo la fase acuta del Covid-19 (che si riteneva essere, sostanzialmente, una polmonite interstiziale che impediva la respirazione) è stata con mere terapie di supporto (finalizzate, cioè, per mantenere in vita il paziente in attesa della guarigione spontanea) quali: ventilazione a pressione positiva non invasiva (NIV), ventilazione meccanica mediante intubazione e, in rari casi, la extra corporeal membrane oxygenation, l'ossigenoterapia/ozonoterapia (tecnica quest'ultima già suggerita ai Cinesi da medici italiani).

Per quanto riguarda i farmaci viene utilizzato il Remdevisir usato per l'Ebola, l'idrossiclorochina (Plaquenil) già come antimalarico adesso di routine in Francia, il Fapilavir (Avigan) prodotto dal 2014 in Giappone, inibitori delle proteasi del virus dell'AIDS come Ritonavir e Lopinavir, Vit C a grammi, Oseltamivir, antifluenzale. Tutti questi sono farmaci per via orale. In particolare l'Avigan nome commerciale del Favipiravir è un antivirale già in uso da alcuni anni nei riguardi di diverse famiglie virali. Il suo uso come antivirale precoce nelle infezioni influenzali ha avuto un riscontro positivo per quanto riguarda in particolare il Giappone dove è stato prodotto. Adesso in Italia verrà utilizzato nella regione Veneto e quella della Lombardia. L'ultima sperimentazione clinica con un prodotto difficile da maneggiare non può certo risolvere il 98% dell'epidemia, il Tocilizumab l'immunosoppressore dell'artrite reumatoide. Un farmaco approvato dalla FDA capace di inibire la replicazione della SARS-CoV-2 in vitro si è dimostrato essere la ivermectina.

Solo da qualche tempo sappiano che nella fase acuta del Covid-19 può manifestarsi coagulazione intravasale

idJob: 1279811

disseminata e cioè la formazione di micro trombi che impediscono al sangue di ossigenarsi. La cura più efficace (così come dimostrato in un articolo di virologi cinesi e pubblicato sulla Proceeding National Academy of Science e in un altro articolo sul Medical Journal of Virology) è l'immunoterapia. Vale a dire l'utilizzo delle gammaglobuline che si ricavano dal sangue dei pazienti guariti dal SARS-CoV-2. È stato dimostrato che bastano 200 ml di plasma trasfuso nei pazienti per vedere risolvere le situazioni più gravi nel giro di 48 ore. A Mantova e a Parma, dove si pratica l'immunoterapia, si riscontrano già buoni risultati. È da evidenziare che l'identificazione della coagulazione intravasale disseminata è stata resa possibile dalla effettuazione di autopsie sui morti per Covid; autopsie, ancora oggi sconsigliate dal Ministero della salute.

idJob: 1279811

INTERVISTE

Qui di seguito le interviste rilasciate dal Prof. Giulio Tarro al sito Antidiplomatico.it sull'emergenza COVID-19. Queste interviste, nel sito, contengono numerosi link di approfondimento.

Chi volesse leggere le interviste on line on line le trova anche elencate a questo indirizzo:

www.Covid-19-bastapaura.it

La Redazione de LAntidiplomatico.it

idJob: 1279811

Giulio Tarro, virologo esperto di emergenze epidemiche. "Prima cosa da fare è staccare la spina da un'informazione ansiogena e ipocrita" (Intervista del 27 febbraio 2020)

In questi tempi di paura da Coronavirus, impazzano sui media le opinioni di esperti; pochi tra questi, comunque, hanno affrontato emergenze epidemiche. Un motivo in più per intervistare il prof. Giulio Tarro virologo di fama internazionale anche se inviso dalla baronia accademica italiana per le sue posizioni sull'obbligatorietà dei vaccini.

Intanto, un suo parere sul rischio rappresentato dal Coronavirus del COVID-19

Al netto di paroloni scientifici e riferimenti ad articoli pubblicati su riviste più o meno prestigiose, possiamo dirla così: il rischio rappresentato da lCOVID-19 è sostanzialmente uguale a quello delle tante epidemie influenzali che si registrano ogni anno senza per questo provocare scalpore. Ma invece di risponderle all'inevitabile successiva domanda "Ma, allora come si spiega questo panico?", mi permetta una considerazione.

Prego...

Solitamente, in una situazione come l'attuale, l'esperto di turno intervistato, alla domanda "Ma lei se la sentirebbe di escludere completamente l'eventualità di una catastrofica epidemia?" ci pensa due volte prima di rispondere con un inequivocabile "sì". Intanto, perché precludersi un qualche finanziamento alle proprie ricerche che potrebbe scaturire dall'allarmismo? E poi,

idJob: 1279811

meglio tenerseli buoni i media che proprio sulla paura raccattano audience. L'esperto, allora, si rifugerà nel vago, con dichiarazioni che non escludono nulla e che, nei casi peggiori, sono tradotti in titoli quali "Il Prof Tal dei Tali: niente panico, ma potrebbe essere una catastrofe"

Panico per una catastrofica epidemia che si direbbe non nuovo per l'Italia...

Veramente, nel 1973, quando scoppiò il colera a Napoli, al di là di qualche folkloristica "barricata", notai soprattutto confusione; una situazione che si ripropose nel 2003 quando una folla inferocita di parenti di familiari lì ricoverati per la SARS tentò una sorta di "assedio" all'Ospedale per malattie infettive Cotugno, dove ero Primario. Episodi riportati da tutti i giornali del mondo ma che avvenivano in una città certamente preoccupata ma che non vedeva l'attuale arrembaggio dei supermercati da parte di persone che, evidentemente, temono di dover morir di fame in chissà quale lazzaretto.

Panico generalizzato e costellato anche da qualche episodio di violenza, invece, nel 1978 durante il cosiddetto "Male Oscuro" provocato – mi permetta una vanità: lo scoprii io – da virus respiratorio sinciziale, che colpisce quasi tutti i bambini entro i due anni di vita, e che in alcuni casi provoca la morte.

E perché quel panico?

Intanto, perché erano bambini a morire. Poi perché un numero elevatissimo di bambini affetti da bronchiolite erano stati dirottati, da tutti gli ospedali della Campania, nell'ospedale pediatrico Santobono di Napoli. Lì, la morte (anche per sciagurate diagnosi e "terapie") di

idJob: 1279811

alcuni di questi cominciò a trasformarsi sui giornali in una "epidemia di Male Oscuro" che terrorizzò tutta la popolazione. Panico che certamente sarebbe aumentato se si fosse imposto uno screening di massa per cercare il virus che, certamente, avrebbe determinato un numero spropositato di ricoveri e il collasso dei sistemi sanitari.

Eppure, oggi, c'è chi chiede una intensificazione dello screening per cercare il virus del COVID-19

Facciamo un esempio. Ogni anno muoiono in Italia circa diecimila persone (per lo più anziane o affette da qualche patologia pregressa) per virus influenzale. La cosa non fa notizia, soprattutto perché queste morti sono disseminate in tutto il territorio nazionale. Immaginiamo ora che tutte le persone a rischio vengano ricoverate in paio di posti, magari circondati da giornalisti alla ricerca di qualche scoop. Stia pur certo che la conseguente "epidemia di influenza che può causare la morte" spingerà innumerevoli persone (ogni anno sono colpiti da sindrome influenzale circa sei milioni di Italiani) a pretendere analisi e una assistenza impossibile ad ottenere.

Quindi, che fare?

Intanto staccare la spina ad una "informazione" – ad esempio, come quella che sta trasmettendo la RAI – ansiogena e ipocritamente intrisa di appelli a "non farsi prendere dal panico". E questo, soprattutto, per permettere alle strutture sanitarie interventi mirati. Quali questi debbano essere non mi permetto qui di suggerirli in quanto, nonostante lo sfascio del Sistema Sanitario Nazionale, abbiamo ancora in Italia ottimi esperti. L'importante è che siano lasciati in grado di lavorare.

idJob: 1279811

Covid-19, Il virologo Tarro: "E' possibile che il virus del Nord Italia non provenga da Wuhan" (intervista del 1 marzo 2020)

Mentre tiene banco sui media l'annuncio di un, più o meno, imminente vaccino contro il famigerato Coronavirus del COVID-19, (qui i profitti già realizzati grazie a questi annunci) si stenta a trovare notizia della clamorosa dichiarazione rilasciata a Dagospia da Vincenzo D'Anna, Presidente dell'Odine nazionale dei biologi, così sintetizzata dal sito:

(...) Ecco allora un nuovo colpo di scena destinato a rendere ridicoli sia il panico che il caos sociale ed economico provocato dal nuovo Coronavirus: l'equipe del laboratorio dell'Ospedale Sacco di Milano ha isolato un nuovo ceppo del Covid-19 detto "italiano". Ebbene, sembra che tale virus sia domestico e non abbia cioè alcunché da spartire con quello cinese proveniente dai pipistrelli. (...) Ecco spiegato perché nelle altre regioni il virus latita. (...) Insomma i contagi sarebbero due: uno pandemico a diffusione lenta attraverso i viaggi degli infettati, e l'altro locale. Quest'ultimo poco più che un virus para-influenzale, di nessuna nocività mortale se non per la solita parte "a rischio" della popolazione. (...)

Dichiarazione meglio specificata in questo articolo dall'entourage del dott. D'Anna: "E' solo un'ipotesi. Servono conferme. Se ne potrà parlare solo quando ci saranno risultati di laboratorio". Si tratterebbe "nient'altro che di un'ipotesi", rettifica D'Anna, attraverso i suoi collaboratori."

Su questo "Covid-19 italiano", non siamo riusciti a

idJob: 1279811

trovare in Rete comunicati dell'Ospedale Sacco di Milano che, contattato, non ha fornito ancora dichiarazioni in merito.

Sulla ipotesi prospettata dal Presidente dell'Odine nazionale dei biologi abbiamo chiesto un parere al Prof. Giulio Tarro, virologo di fama mondiale, e che – in quanto Italiano – in questi giorni, non ha potuto recarsi in Israele per partecipare ad un importante convegno di Virologia.

Ma è verosimile l'ipotesi che questo Coronavirus identificato in Italia fosse già presente prima che arrivasse "quello di Wuhan"?

È un'ipotesi che spiegherebbe perché mai tante persone che dichiarano di non aver avuto alcun contatto, anche indiretto, con persone provenienti dalla Cina o che, addirittura, sono rimaste confinate nelle loro case, siano risultate positive ai tamponi. Una situazione questa che sta facendo scervellare gli epidemiologi.

Quindi, due virus diversi?

Tenga presente che un virus può mutare in appena cinque giorni. Ma sulla sostanziale "differenza" del virus presente qui da noi con quello di Wuhan (l'ormai famoso "coronavirus dei pipistrelli") c'è già uno studio, (Guizhen Wu et al. New coronavirus genome. The Lancet, 29 Jan 2020) riportato anche nella dichiarazione del dal dott. D'Anna, che evidenzia come ben 5 nucleotidi siano differenti. Un po' troppi per i pochi mesi intercorsi tra la segnalazione dei primi casi in Cina e oggi.

E perché il "virus italiano", al momento, si direbbe confinato principalmente nel Nord Italia?

Potrebbe dipendere da fattori ecologici come alcuni tipi di concime industriale (particolarmente costosi e, quindi, utilizzati in aree particolarmente floride economicamente) ad avere alterato l'ecosistema vegetale e, quindi, animale nel quale uno dei tanti coronavirus normalmente in circolazione può avere avuto una inaspettata evoluzione. Sarebbe, quindi, opportuno analizzare se in passato nelle aree dove oggi, in Italia, si localizza il Covid-19 si siano registrate in passato particolari forme di faringiti o sindromi influenzali. Mi permetta, comunque, da medico una ultima considerazione.

Prego….

Oggi l'ansia di una intera popolazione si sta concentrando su come "uccidere" o tenersi alla larga da questo maledetto virus. Nessuno o quasi riflette che noi, in ogni momento, siamo immersi in un ambiente saturo di innumerevoli virus, germi e altri agenti potenzialmente patogeni. E in questi giorni, quasi nessuno ci dice che se non ci ammaliamo è grazie al nostro sistema immunitario il quale può essere compromesso, - oltre che da una inadeguata alimentazione e da uno sbagliato stile di vita - dallo stress. Stress che può nascere anche dallo stare in spasmodica attenzione di ogni "notizia" sul Coronavirus regalataci dalla TV. Non vorrei quindi che questa psicosi di massa faccia più danni dell'ormai famigerato SARS-CoV-2.

idJob: 1279811

Intervista al virologo Tarro: "Il tasso di letalità del COVID 19 è inferiore all'1% come conferma il National Institute of Allergy and Infectious Diseases"
(Intervista del 16 marzo 2020)

Coronavirus. Sta facendo scalpore la decisione delle autorità britanniche di "lasciar sfogare l'epidemia" non ponendo quasi nessuna restrizione agli affollamenti (nella speranza che ciò determini negli infettati una rapida immunizzazione) e, contemporaneamente, mettendo in quarantena persone ad elevato rischio, come, ad esempio, gli anziani. Sulle strategie che sovrintendono (o che dovrebbero sovrintendere) l'affrontamento delle emergenze epidemiche abbiamo reintervistato il prof. Giulio Tarro.

Intanto, quali sono le possibili strategie per far fronte ad una epidemia

"Nelle epidemie come quelle influenzali, generalmente, si tende a ridurre l'entità del picco epidemico "spalmandolo" in un periodo più lungo possibile; questo per evitare il collasso del sistema sanitario conseguente al numero elevato di ricoveri."

Per ottenere questo scopo esistono varie strategie.

Va da sé che ognuna di queste strategie deve essere scelta analizzando precisi dati; tra questi, fondamentale è la stima attendibile dei non contagiati, dei contagiati e delle persone che questi potrebbero infettare. A tal riguardo, ad esempio, nella Corea del Sud, si sta procedendo non solo a sottoporre a tampone anche

idJob: 1279811

persone che non manifestano particolari quadri clinici ma, addirittura, tracciando tramite il loro cellulare lo spostamento di questi, determinando così (una volta saputa la loro eventuale positività) la pericolosità rappresentata da questi.

In Italia, invece, il numero dei tamponi e le procedure per effettuarli è lasciato, sostanzialmente, all'arbitrio delle Regioni; un caos che impedisce di determinare qualsiasi modello di riferimento. Con questa situazione non si capisce perché tra le varie strategie che si sarebbero potute adottare, dopo l'isolamento domiciliare della popolazione non impegnata in determinate attività lavorative, si prospetti addirittura una quarantena per tutte le persone. Misura che non è chiaro quanto tempo possa durare."

Lei ha dichiarato di ritenere il reale numero dei contagiati in Italia almeno 4 o cinque volte superiore a quello dichiarato dal Governo

"Preciso che la mia è una stima che si basa sulla interpolazione dei dati riferentisi a contagiati in epidemie virali respiratorie verificatesi negli ultimi decenni in Italia. Da ciò si deduce che il tasso di letalità del SARS-CoV-2 è considerevolmente inferiore all'1%: una constatazione fatta propria anche in uno studio del collega Anthony Fauci, del National Institute of Allergy and Infectious Diseases statunitense, sulla base di un rapporto incentrato su 1099 pazienti con COVID-19 confermato in laboratorio provenienti da 552 ospedali cinesi.

Ciò suggerisce che le conseguenze cliniche complessive del COVD-19 potrebbero, in definitiva, essere simili a quelle di una grave influenza stagionale,

idJob: 1279811

che presenta un tasso di letalità dello 0,1% circa, o di un'influenza pandemica come quella del 1957 o del 1968, piuttosto che a quelle della SARS o della MERS, caratterizzate rispettivamente da una letalità del 10% e del 36% e che, incredibile a dirsi, non hanno prodotto nessuna campagna allarmistica nel nostro Paese."

E l'attuale intasamento dei reparti di terapia intensiva, soprattutto in Lombardia, che ci mostrano ogni giorno in TV come lo spiega?

"Intanto, ricordo che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il nostro Paese ha dimezzato i posti letto per i casi acuti e la terapia intensiva, passati da 575 ogni 100 mila abitanti ai 275 attuali. Un taglio scandaloso del 51%, operato progressivamente dal 1997 al 2015, che ci porta in fondo alla classifica europea. Tra l'altro va detto che, nonostante le immagini di quello che stava succedendo in Cina fossero sotto gli occhi di tutti, si direbbe che - a differenza di altri paesi come la Francia - ben poco abbia fatto l'Italia per prepararsi all'epidemia. In più è da segnalare che, a seguito della enfatizzazione della minaccia rappresentata dal COVID 19, sono stati portati nei reparti di terapia intensiva pazienti che avrebbero potuto essere trattati in altre strutture. Per quanto riguarda, poi, il picco di morti che si registra in Lombardia è da notare che questa regione risulta essere al primo posto per la effettuazione di tamponi; ciò, unito alla disinvolta pratica di presentare, anche in sedi istituzionali, come "morti per coronavirus" pazienti che, invece, potrebbero essere "morti con Coronavirus" (e cioè affetti da patologie pregresse che hanno causato la morte) potrebbe spiegare il "picco di mortalità per COVID-19" della Lombardia. Per questo sarebbe

idJob: 1279811

opportuno prima di identificare nel SARS-CoV-2la causa primaria della morte, svolgere le indispensabili indagini patologiche e, soprattutto, definire uno standard da applicare su tutto il territorio nazionale. Una questione che – a mio parere - continua a non avere lo spazio che si merita."

Intervista al virologo Tarro: "I dati della Protezione Civile sono surreali. Verosimile pensare che in Italia siano milioni i contagiati" (Intervista del 1 aprile 2020)

Gli italiani contagiati dal virus SARS-CoV-2, al 27 marzo sarebbero almeno 11 milioni e 200 mila. Lo pubblica il Corriere della Sera intervistando Luca Foresti e Claudio Cancelli autori dello studio; questi – in mancanza di dati scientifici istituzionali sull'andamento del contagio in Italia - si sono serviti come parametri per alimentare i modelli epidemiologici di dati raccolti sulla nave da crociera Diamond Princess, (dove sono stati effettuati e riproposti test diagnostici su tutti i passeggeri e sull'equipaggio,) e quelli, provenienti da accurate campagne di screening effettuate nella Corea del Sud. Sulla ipotesi di milioni di Italiani già contagiati da SARS-CoV-2 abbiamo chiesto un parere al Prof. Giulio Tarro.

"Lo studio di Foresti e Cancelli non è stato ancora pubblicato, quindi l'unica cosa che mi sento di affermare è che l'ipotesi di milioni di contagiati in Italia (la stragrande maggioranza dei quali con sintomi lievi o inesistenti) era stata già avanzata da uno studio di

ricercatori dell'Università di Oxford (che stimava tra il 60% e il 64% la popolazione italiana già contagiata da SARS-CoV-2) e da un altro dell'Imperial College (che stimava in 6 milioni le persone contagiate in Italia). Tra l'altro, l'andamento di passate epidemie influenzali e la particolare viralità del SARS-CoV-2 mi fanno ritenere verosimili queste ipotesi."

Eppure, proprio stasera, in TV la Protezione civile dichiarava essere appena 77 mila i contagiati in Italia

Sono semplicemente surreali queste dichiarazioni basate non su una stima dei contagiati a livello nazionale ma bensì sui risultati di tamponi eseguiti, praticamente senza nessun coordinamento nazionale dalle Regioni, per lo più, su persone considerate a rischio. Ne esce fuori così una colossale sottostima dei contagiati che rapportata con il numero di non meglio precisati "deceduti" (prima che l'Istituto superiore di Sanità possa accertare su questi l'esatta causa della morte) finisce per dare al Coronavirus in Italia un tasso di letalità 28 volte superiore a quello che si registra in Germania. E sarebbe ridicolo, se non fosse tragico, che i media pretendano di rispondere a questo "mistero" favoleggiando risibili "spiegazioni" quali la "particolare resistenza dei tedeschi" o l'"estrema solitudine degli anziani in Germania". Quasi mai che i dati sull'epidemia Coronavirus in Germania sono raccolti, e divulgati, con criteri molto più seri di quelli in uso qui da noi.

Più o meno lo stesso stile utilizzato per tentare di rispondere ad un altro "enigma": perché una mortalità da Coronavirus così alta in Lombardia?

Ormai si sono inventati di tutto: "Scambi con la Cina",

idJob: 1279811

la partita Atalanta-Valencia, non aver isolato le famigerate "zone rosse", "è un puro caso", "inquinamento a seguito della deforestazione", "perché lì sono più ligi al lavoro rispetto al Sud"… quasi nessuno che evidenzi come – soprattutto in Lombardia - la sovrastima della letalità del Coronavirus unita alla indicazione governativa che impedisce al medico curante di recarsi a casa del proprio paziente affetto da Covid-19 (dovendo egli limitarsi a "consultarlo" telefonicamente prima di compilare un davvero scarno questionario da inoltrare al 118) ha fatto riversare innumerevoli malati (che avrebbero potuto usufruire di assistenza medica domiciliare) negli ospedali dove un peso di rilievo lo hanno certamente avuto le infezioni ospedaliere (che già si portano via 50.000 persone all'anno in Italia). Poi, per quanto riguarda la Lombardia - soprattutto le province di Brescia e di Bergamo – ci sarebbe da segnalare la recente effettuazione di straordinarie campagne di vaccinazioni, in particolare quella contro la meningite. Certo, è solo una mera ipotesi che, nell'attuale marasma dei servizi sanitari non può essere compiutamente verificata. Ma sarà il caso di ritornarci.

Finirà mai l'emergenza Covid-19? Intervista al virologo Giulio Tarro (Intervista del 16 aprile 2020)

Finirà mai l'emergenza Covid-19? Se lo chiedono milioni di italiani di fronte alle terroristiche dichiarazioni di "esperti" idolatrati in TV e sui giornali mainstream. Noi lo abbiamo chiesto al Prof Giulio Tarro.

idJob: 1279811

"Ci sono due aspetti di questa domanda. Quello prettamente medico, permette risposte tranquillizzanti. Tutt'altro, invece, per quello politico-sanitario dove una già fallimentare gestione dell'emergenza sanitaria oggi rischia di essere procrastinata da una davvero sconsolante "informazione ufficiale"".

Ad esempio?

Ad esempio, quella che, presenta il Covid-19 come un flagello che potrà essere sconfitto solo con la vaccinazione. E che, dopo aver cercato di zittire, ad esempio, l'uso di idrossiclorochina e diffamato il suo propugnatore Didier Raoult, ora si direbbe disinteressarsi di una davvero promettente sieroterapia.

A tal riguardo, si direbbe illuminante il trattamento da lei subito durante la trasmissione "Porta a Porta"

Non è che mi illudessi che, partecipando ad un affollato talk show, avrei potuto compiutamente illustrare una terapia; comunque, considerate le potenzialità di questa mi sarei aspettato un po' più di spazio.

E, allora, spieghiamola qui questa terapia

La documentazione più esaustiva sulla plasma-terapia in pazienti affetti da Covid la si può spiegare in poche parole. La trasfusione di plasma (ovvero la parte più 'liquida' del nostro sangue, dove sono presenti anticorpi formatisi dopo la battaglia vinta contro il virus) è stata utilizzata con successo nelle altre due epidemie da coronavirus, la Sars del 2002 e la Mers del 2012, immettendo il plasma in uno stadio preciso della malattia; e cioè quando già si evidenzia una scarsa ossigenazione e il paziente è sottoposto a ventilazione

idJob: 1279811

assistita con casco C-pap, ma non è ancora intubato.

È una terapia che, come molte, presenta rischi ma, francamente, non si capisce proprio perché l'Organizzazione mondiale della sanità - che ne aveva confinato l'utilizzo "solo nel caso di malattie gravi per cui non ci sia un trattamento farmacologico efficace" – non ne abbia suggerito, almeno, la sperimentazione durante questa emergenza Covid-19.

Nonostante ciò, dopo i positivi risultati registrati, timidamente, sfidando burocratiche disposizioni, non pochi medici, anche in Italia, hanno cominciato le sperimentazioni; in alcuni casi – come l'equipe del policlinico San Matteo di Pavia - elaborando in una settimana protocolli sanitari che avrebbero richiesto mesi. Ma sa qual è l'aspetto più incredibile dell'impiego di questa terapia, che sta ottenendo ottimi risultati?

No, qual è?

Che se non fosse stato per un messaggio audio veicolato su Whatsapp e diventato subito (mi si perdoni il gioco di parole) "virale", quasi nessun medico in Italia avrebbe saputo qualcosa di questa terapia. Del resto, se il collega Didier Raoult - dopo aver constatato il boicottaggio e il linciaggio mediatico al quale veniva sottoposta la terapia anti Covid-19 basata sull'idrossiclorochina (un farmaco che non avendo più brevetti è visto come fumo negli occhi da Big Pharma) - non si fosse "sporcato le mani" mettendo su Youtube un suo video che denunciava questo scandalo, per il trattamento farmacologico del Covid-19 staremo ancora a brancolare nel buio.

idJob: 1279811

Il virologo Giulio Tarro a l'AntiDiplomatico: "Una follia aspettare il vaccino per tornare ad una vita normale" (intervista del 19 aprile 2020)

Mentre dovunque, ad esempio, in Germania, si vanno allentando le pur blande misure profilattiche lì attivate per fronteggiare il Covid-19, in Italia, per prepararci alla Fase 2, impazza la litania "convivere con il virus". Che, in attesa del messianico arrivo del vaccino, prospetta "soluzioni" quali spiagge costellate da ombrelloni schermati da pannelli di plexiglass o cordoni sanitari per isolare la Lombardia.

Ne abbiamo parlato con il Prof Giulio Tarro.

"Chiariamo subito una questione. In Italia, i contagiati da Covid-19 non sono i 175.000 conteggiati oggi dalla Protezione civile, basandosi solo sui pochi tamponi diagnostici effettuati dalle Regioni. Assolutamente no. Le stime più attendibili prospettano, al pari delle periodiche epidemie influenzali, dai sei a dieci milioni di contagiati da Covid-19 in Italia. Parlo di stime (basate sulla velocità di trasmissione del contagio registrata in altre nazioni o di quanto registrato sulla nave Diamond Princess) poiché soddisfacenti indagini epidemiologiche (basate su analisi sierologiche e su campioni statisticamente validi di popolazione) in Italia, incredibilmente, non sono state ancora fatte. E a tal riguardo, non so proprio su quali indagini il prof. Brusaferro, presidente dell'Istituto superiore della sanità, abbia ricavato il numero dei contagiati in Italia per arrivare a sconsigliare, addirittura, di prendere il sole sulle spiagge".

idJob: 1279811

Quindi? Che si dovrebbe fare oggi?

Con la percentuale di contagiati evidenziata dalle stime, si può dedurre che, in Italia, tutto quello che avrebbe potuto fare il Covid-19 - in termini di guariti, immuni, deceduti… - lo ha già fatto. Quindi, a mio parere, l'attuale obiettivo non dovrebbe essere quello di arginare un indiscriminato contagio ma, ad esempio, proteggere gli anziani, ripristinare la rete di terapia intensiva (compromessa dai tagli al nostro Sistema sanitario) e, soprattutto, strutturare una indagine siero-epidemiologica nazionale (attualmente è in cantiere solo quella della Regione Toscana) che ci permetta di tenere sotto controllo la situazione.

E il vaccino?

Guardi, il mio maestro, che addirittura mi considerava il suo "pupillo", è stato Albert Sabin, l'inventore del vaccino antipolio. Figuriamoci, quindi, se sottovaluto l'importanza dei vaccini. Ma per alcuni virus – come credo sia per il Covid-19 - il vaccino potrebbe rivelarsi una chimera. Come è stato per il vaccino contro l'AIDS, presentato come "imminente" da quasi quarant'anni. E fanno cascare le braccia dichiarazioni come quelle del viceministro della salute secondo il quale "o continuiamo a stare fermi e chiusi in casa o ci vacciniamo tutti e ci riprendiamo le nostre vite". O la sconcertante iniziativa del Governatore Zingaretti, visto che il vaccino per il Covid-19 non c'è, di obbligare tutti gli anziani del Lazio (pena la loro esclusione da eventi pubblici) e tutto il personale sanitario (pena il loro licenziamento) a vaccinarsi contro… l'influenza.

Tra l'altro, va detto che questa del Covid-19 non è una condanna biblica ma una delle tantissime epidemie che

idJob: 1279811

sono servite a fortificare il nostro sistema immunitario; il quale, sia detto per inciso, va a pezzi se, come delle larve, stiamo rintanati a casa e, per di più a tremare di paura per le apocalittiche sciocchezze che ci raccontano in TV.

C'è poi chi teme una micidiale trasmutazione del Covid

Ma, praticamente, tutti i virus mutano; e non, inevitabilmente, in peggio. Il Coronavirus responsabile della famigerata epidemia SARS del 2002-2003, ad esempio, si direbbe scomparso dalla scena. Non vedo perché la stessa cosa non potrebbe succedere per il SARS-CoV-2. Sarebbe, quindi, il caso di affrettarci a ripristinare i ritmi della nostra vita con quelli antecedenti all'emergenza Covid-19; soprattutto per evitare che la situazione economica conseguente a questa emergenza non ci condanni a morire di fame. Questo non significa, certo, dimenticarsi le follie che hanno costellato, in Italia, questa emergenza. Prima tra tutte una terroristica campagna informativa - che ha finito per istituzionalizzare per il SARS-CoV-2 uno sbalorditivo indice di letalità (per capirci 28 volte quello della Germania) – che ha costretto, sì, la popolazione a barricarsi in casa ma che, scatenando il panico, ha impedito ai medici di base di recarsi a casa dei pazienti; pazienti i quali, perciò, spesso indiscriminatamente, sono stati trasportati in sempre più affollati reparti a morire per infezioni ospedaliere. Che già, in Italia, si portano via 50.000 persone all'anno.

idJob: 1279811

Un' ultima questione: ha qualcosa da rispondere al virologo Roberto Burioni che proprio oggi l'ha attaccata?

"Veramente avrei ben poco da dire ad un personaggio che - il 2 febbraio, mentre i governi, tranne quello italiano, si preparavano ad affrontare i Covid-19 - alla RAI, affermava che in Italia il rischio era zero".

Giulio Tarro a l'AntiDiplomatico sui "numeri nascosti" del contagio e la pericolosa "caccia all'untore" da evitare (intervista del 18 maggio 2020)

Covid: dilaga la caccia all'untore. Sul lungomare di Salerno una ragazza, seduta in panchina "colpevole" di essersi tolta la mascherina, è stata, prima multata, dalla polizia municipale e, poi, assalita da una folla, verosimilmente, resa isterica dalla paura di subire un nuovo confinamento a casa, se non fossero state rigidamente rispettate le disposizioni governative e regionali. Su queste disposizioni e su altro, una breve intervista a prof. Giulio Tarro, che sul "Covid-19: Virus della paura" sta per pubblicare un libro.

Questa caccia all'untore nasce perché la gente crede di non essere mai stata contagiata dal virus; una illusione dettata dalle fakenews del Governo, quali, ad esempio: "a oggi, 14 maggio, il totale delle persone che hanno contratto il virus è 223.096". Un numero ottenuto solo con la disseminazione di pochi tamponi a soli pazienti gravi e in stridente contrasto con ricerche, prodotte da autorevoli istituti, che partendo dalla elevata

idJob: 1279811

contagiosità del virus SARS-CoV-2 e dall'enorme numero di asintomatici che produce, stimavano in molti milioni i contagiati in Italia già a marzo. Ma la cosa più irritante di queste "indagini" basati su tamponi sa qual è?

Veramente, non mi viene in mente…

"E che, oggi che il contagio è in fase calante, le indagini basate su tamponi si stanno moltiplicando, perché evidenziando un numero sempre crescente di negativi, dovrebbero attestare che il lockdown ha bloccato la diffusione del virus. E, quindi, spingerci ad osannare Governo e Governatori che ci hanno imposto due mesi di arresti domiciliari e rastrellamenti. Ma è solo un Gioco delle Tre carte. Quei tamponi negativi attestano, in realtà, il gran numero di persone che, pur asintomatiche, sono guarite, e nelle quali, ovviamente, non si trova più traccia del virus.

Per sapere, invece, quale è stato l'andamento del contagio bisognerebbe fare indagini basate su test sierologici; indagini mai realizzate, finora, dalle autorità pubbliche in Italia. Non resta, quindi, che basarsi su quella realizzata, mesi fa, dalla società Meleam e diretto dal medico patologo Pasquale Mario Bacco, che nell'area di Brescia, sottoponendo ad analisi sierologiche 7.038 persone asintomatiche, evidenziava come il 49% di queste, infettate dal virus Sars-COV-2, aveva già sviluppato gli anticorpi (nell'80% dei casi immunoglobuline G, che si sviluppano mesi dopo l'infezione).

Ora queste indagini sierologiche, condotte dalle autorità sanitarie, dopo essere state annunciate come "imminenti" per mesi, pare stiano per cominciare. Ma è davvero irritante scoprire che queste indagini saranno

idJob: 1279811

fatte, non nelle aree metropolitane, ma in sperdute aree dove la diffusione del virus è stata certamente più contenuta. Una metodologia questa che si direbbe fatta per premiare i "successi del lockdown".

E per quanto riguarda le misure profilattiche imposte per questa fase due?

Guardi, con le disposizioni per i funerali - dove i partecipanti, che già devono distanziarsi di un metro e indossare le mascherine e guanti, non possono essere più di 15 – credevo che l'Italia avesse toccato il fondo. Sono costretto a ricredermi davanti alle disposizioni che prevedono ben quattro metri di distanza tra ombrelloni aperti nelle pur roventi spiagge estive; dove non capisco proprio come il virus riesca a sopravvivere."

Giulio Tarro sulla querela a Repubblica-Espresso: «Con i soldi di chi mi diffama un Fondo per ricercatori invisi all'establishment medico»
(Intervista del 20 maggio 2020)

Una gigantesca campagna diffamatoria contro l'illustre virologo Giulio Tarro "colpevole" di avere espresso dubbi sulla sgangherata "emergenza Covid" (ad esempio, con le sue numerose interviste a l'AntiDiplomatico). Una campagna diffamatoria che fa da pendant con quella scatenata, contro un altro illustre virologo – Didier Raoult - "colpevole" di sostenere contro il Covid l'uso della economica idrossiclorochina. Una campagna diffamatoria che si direbbe riproporre quella - costellata da innegabili falsità, - che ha crocifisso

idJob: 1279811

il medico Andrew Wakefield "colpevole" di aver evidenziato il rischio correlato ai vaccini esavalenti.

Per questa campagna stampa, il professor Tarro, in questi giorni, ha già presentato numerose querele per diffamazione. Qui una sua intervista su alcune delle accuse che gli sono state lanciate da media come Repubblica-l'Espresso."

Intanto, l'accusano di essersi inventato il titolo di "Candidato al Premio Nobel per la Medicina"

Come dovrebbe essere noto ai miei detrattori – ad esempio Repubblica che mi onorava di questo titolo in un articolo di qualche tempo fa – il Premio Nobel per la Medicina viene assegnato tra le nominations comunicate da accademie scientifiche (accreditate dalla Fondazione Premio Nobel) ed ex Premi Nobel per la Medicina. Queste candidature, per statuto della Fondazione Nobel, devono restare segretate per cinquant'anni anche se, in molti casi, trapelano anche su autorevoli giornali. Se la Magistratura nell'ambito del processo per diffamazione che ho intentato costringesse la Fondazione Premio Nobel ad anticipare la pubblicazione delle nominations si saprebbe chi tra gli ex Premi Nobel per la Medicina e le accademie scientifiche mi ha candidato per il Premio.

Un'altra accusa che le viene mossa è avere pubblicato i suoi articoli su riviste che non garantiscono nessun valore scientifico.

Chiunque consulti la voce "curriculum" del mio sito potrà sapere (oltre che della mia partecipazione - come relatore o chairman - in numerosi congressi internazionali di Virologia) anche di numerosi miei articoli pubblicati su quelle che sono considerate dal

idJob: 1279811

cosiddetto, “Mondo accademico”, prestigiose riviste scientifiche. Per quanto riguarda, invece, riviste che vengono snobbate perché non garantiscono un elevato Indice di Hirsch e quindi una carriera accademica, mi lasci dire che nella mia vita mi sono sempre battuto contro le baronie della Medicina che occupano il loro tempo citandosi a vicenda, per aumentarsi l’Impact Factor delle loro pubblicazioni.

Tra l’altro, accusandola, anche, di non aver scoperto lei la causa del cosiddetto “Male oscuro” a Napoli nel 1979.

È la menzogna che più mi fa arrabbiare. Poi mi calmo pensando ai tanti bambini colpiti da virus sinciziale che sono riuscito a strappare dalle mani dei cialtroni che li stavano condannando a morte.

Se la magistratura darà ragione alle sue querele, si accontenterà delle scuse ufficiali dei suoi detrattori?

Neanche a parlarne. Con i soldi dei miei diffamatori voglio costituire un Fondo per sostenere tutti quei ricercatori che hanno avuto la carriera stroncata per aver osato esporre tesi scientifiche invise all’establishment medico e accademico.

idJob: 1279811

Sull'emergenza Covid-19, abbiamo avuto il piacere di intervistare più volte il professore Giulio Tarro; interviste che i nostri lettori - evidentemente colpiti, come noi, dalla sua competenza, onestà intellettuale, capacità espositiva… hanno premiato con un numero davvero sbalorditivo di visualizzazioni e condivisioni.

Anche per questo, appena qualche settimana fa, abbiamo proposto prof. Tarro qualcosa di molto più impegnativo di una intervista: scrivere un instant book sull'emergenza Covid-19. Il libro che ora avete in mano e che, in alcuni punti, ha visto la collaborazione del nostro redattore Francesco Santoianni.

Un libro che, idealmente, inaugura, quella che sarà una collana della nostra imminente casa editrice, dedicata ad approfondire temi scientifici, politici e storici, già esposti nel nostro sito.

La Redazione de LAntiplomatico.it

idJob: 1279811

https://twitter.com/TarroGiulio